

# Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков: глобальная перспектива

Консультативная встреча состоялась при поддержке  
Национального института наркологии  
и Международного общества по СПИДу

11-12 января 2010 г.  
Вашингтон

[www.iasociety.org](http://www.iasociety.org)



International  
AIDS Society

Stronger Together

NIDA  
AIDS Research  
Program



# Table of Contents

---

<b>Резюме.....</b>	<b>1</b>
Общие положения.....	1
<b>Глава 1. Введение.....</b>	<b>5</b>
Своевременные возможности: почему была организована эта встреча .....	5
Процесс и результаты .....	6
<b>Глава 2. Глобальная стратегия по вопросам ВИЧ и наркомании.....</b>	<b>9</b>
Чрезвычайный план президента по борьбе со СПИДом.....	10
Управление национальной политики по СПИДу.....	12
Управление национальной политики по контролю над наркотиками.....	13
Национальный центр по профилактике ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов, ЗППП и туберкулёза, Центры контроля и профилактики заболеваний .....	14
Центр исследований в области СПИДа .....	16
Национальный институт аллергологии и инфекционных заболеваний .....	19
Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу.....	21
Заключение.....	23
Ссылки.....	25
<b>Глава 3. Комплексные подходы к профилактике ВИЧ у людей, употребляющих наркотики .....</b>	<b>27</b>
Ситуация в области комплексной профилактики ВИЧ у ПИН.....	28
Сложности, связанные с потребителями наркотиков .....	31
Лечение наркотической зависимости как профилактика ВИЧ .....	35
Сопутствующие инфекции ВГС и ТБ и взаимодействие наркотических средств у потребителей наркотиков ....	39
Будущие направления .....	42
Заключение.....	43
<b>Глава 4. Расширение ВААРТ для улучшения результатов мер по охране индивидуального и общественного здоровья.....</b>	<b>49</b>
Модель «искать, тестировать, лечить и удерживать» .....	49
Лечение ВИЧ/СПИДа у населения, употребляющего наркотики.....	53
Приверженность АРТ у потребителей наркотиков.....	57
Заключение.....	62
Ссылки.....	63
<b>Глава 5. Наркомания, ВИЧ/СПИД и система уголовного судопроизводства: проблемы и возможности .69</b>	<b>69</b>
«Война с наркотиками» и рост показателей лишения свободы у потребителей наркотиков .....	69
Распространение ВИЧ и профилактические стратегии в тюрьмах .....	71
Возможности для реализации модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» для заключенных .....	72
Лечение ВИЧ в тюрьмах.....	73
Направление в медицинские службы по возвращению в сообщество.....	73
Туберкулез и гепатит С в условиях тюрем.....	74
Заключение и рекомендации.....	75
Ссылки.....	77

<b>Глава 6. Права человека, группы риска и уязвимые социальные группы .....</b>	<b>81</b>
Стигма, дискриминация и уязвимость перед ВИЧ.....	82
Половое неравенство .....	84
Секс-работники.....	86
Мужчины, практикующие секс с мужчинами.....	87
Заключение.....	89
Ссылки.....	91
<b>Приложение А: Рекомендации дискуссионных групп .....</b>	<b>93</b>
Дискуссионная группа №1: Оптимизация моделей профилактики ВИЧ.....	93
Дискуссионная группа №2: Лечение наркотической зависимости как профилактика ВИЧ.....	94
Дискуссионная группа №3: Осуществление профилактики ВИЧ: интеграция и развертывание .....	96
Дискуссионная группа №4: АРТ как профилактика ВИЧ: искать, тестировать и лечить .....	97
Дискуссионная группа №5: Права человека и уязвимые группы.....	99
Дискуссионная группа №6: Лечение ВИЧ/СПИДа .....	100
Дискуссионная группа №7: Сопутствующие заболевания и приверженность .....	101
Дискуссионная группа №8: Уголовное правосудие: профилактика и лечение ВИЧ.....	103
<b>Приложение Б: Программа консультативной встречи .....</b>	<b>105</b>
<b>Приложение В: Список участников Консультативной встречи 2010 г. ....</b>	<b>109</b>

# Резюме

---

11 и 12 января 2010 г. в Вашингтоне состоялась консультативная встреча «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков: глобальная перспектива», совместно организованная Национальным институтом наркологии (NIDA) и Международным обществом по СПИДу (IAS). Главная цель встречи: прийти к пониманию глобальной эпидемий ВИЧ и наркомании, а также привлечь внимание к значимости вопроса участия потребителей наркотиков, особенно потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), в реализации любых комплексных мультидисциплинарных подходов к профилактике и лечению ВИЧ. Встреча также была нацелена на стимулирование достижения результатов в разработке комплексных, интегрированных подходов, сочетающих лечение зависимости от наркотиков с профилактикой и лечением ВИЧ и сопутствующих заболеваний.

При отборе докладчиков учитывались их обширные знания в таких областях, как лечение и профилактика ВИЧ и наркомании, а также их участие в международных исследованиях. В состав президиума вошли представители организаций, работающих в сфере ВИЧ/СПИДа и наркополитики. После каждой презентации была организована работа в дискуссионных группах, в рамках которых участники разрабатывали научно-обоснованные рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ у потребителей наркотиков, а также определяли приоритетные направления для будущих исследований. Рекомендации дискуссионных групп представлены в Приложении А.

В ходе встречи стало очевидным, что не только научное сообщество, но и лица, принимающие решения, все в большей степени признают и приходят к согласию в вопросе значимости комплексной профилактики для потребителей наркотиков, в особенности ПИН. Элементами комплексной профилактики ВИЧ являются: аутрич-работа на базе сообществ, лечение наркомании (в

т.ч. опиоидная заместительная терапия и другие виды фармакологического лечения, а также работа по изменению модели поведения), программы обмена игл и шприцев, тестирование на ВИЧ, а также направление в учреждения по лечению ВИЧ и сопутствующих инфекций. Участники встречи призвали к внедрению научно-обоснованных подходов в профилактику и лечение ВИЧ и наркомании и к устранению препятствий на пути реализации программ. Они также признали необходимость проведения исследований для изучения реализации этих программ в разных условиях.

## Общие положения

В главе 1 («Введение») объясняется необходимость срочных мер противодействия глобальной эпидемии употребления психоактивных веществ с целью уменьшения количества новых случаев инфицирования ВИЧ. В ходе встречи международные эксперты в области ВИЧ/СПИДа и наркозависимости получили возможность разработать рекомендации по проведению научно-обоснованных исследований и клинические рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков. Значительное внимание было уделено обсуждению опыта применения модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» в контексте антиретровирусной терапии (АРТ) для потребителей наркотиков. Эта модель предусматривает активный охват труднодоступных социальных групп высокого риска, тестирование на ВИЧ, направление их в соответствующие учреждения для получения лечения ВИЧ и других услуг, а также удержание пациентов для улучшения здоровья потребителей наркотиков и предотвращения выхода ВИЧ в широкие слои населения. В ходе встречи были представлены данные, опровергающие ошибочное мнение, что наркотическая зависимость делает ВИЧ-положительных пациентов практически неподдающимися лечению современной

антиретровирусной терапией. В этой главе также описаны факторы, побудившие NIDA и IAS провести данную консультативную встречу, а также ее ход и результаты.

Глава 2 («Глобальная стратегия по вопросам ВИЧ и наркомании») содержит краткое резюме выступлений о текущей деятельности и политике организаций, участвующих во встрече, среди которых - Чрезвычайный план президента по борьбе со СПИДом (PEPFAR), Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Центр исследований в области СПИДа Национальных институтов здравоохранения (OAR), Национальный институт аллергологии и инфекционных заболеваний (NIAID) и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Как следует из выступлений, США приняли новый курс национальной политики в отношении наркотиков и ВИЧ/СПИДа. Это не только имеет существенные последствия для внутренней стратегии, но и окажет значительное влияние на глобальную двойную эпидемию ВИЧ/СПИДа и наркомании, в особенности инъекционной. Участники заседания поддержали применение модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» для расширения доступа к ВААРТ среди потребителей наркотиков, и согласились, что научно-обоснованные профилактика и лечение наркомании имеют ключевое значение в рамках комплексной стратегии профилактики ВИЧ. Участники одобрили доказавшие свою эффективность меры по снижению вреда, такие, как программы обмена игл и шприцев (ПОШ), лечение и вакцинация от заболеваний, передающихся половым путем, распространение презервативов, а также образовательная информация, адаптированная к местным культурным и социальным условиям. Также активную поддержку получило проведение исследований по преодолению отрыва научных знаний от эффективной реализации программ.

В Главе 3 («Комплексные подходы к профилактике ВИЧ для людей, употребляющих наркотики») описано, каким образом употребление наркотических веществ и злоупотребление наркотиками связано с повышенным риском ВИЧ-инфекции среди основных групп населения во всем мире, а также сделан акцент на важности включения наркопотребителей – и в частности потребителей инъекционных наркотиков – в реализацию комплексных стратегий

по профилактике и лечению ВИЧ. Здесь также обсуждаются проблемы и препятствия на пути к лечению ВИЧ потребителей наркотиков, и предложены стратегии по их преодолению. В этой главе анализируются дополнительные меры: аутрич-работа на базе сообществ, обмен игл и шприцев, лечение наркозависимости, тестирование на ВИЧ и направление для получения услуг по уходу, а также интеграция услуг, которые доказали свою высокую эффективность, в комплексные стратегии по профилактике ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркотиков. Ключевым моментом данной главы является признание лечения наркотической зависимости способом профилактики ВИЧ. Потребители наркотиков, которые начинают и продолжают лечение, чаще снижают степень риска своего поведения (исключают совместное использование игл и инъекционного инвентаря, незащищенный секс и т.д.), начинают и поддерживают прием высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), чем те, кто не проходит лечения наркозависимости. В этой главе описаны существующие методы лечения зависимости для конкретных типов наркотиков, обсуждаются наиболее распространенные в этой социальной группе сопутствующие инфекции (гепатит С и туберкулез) и рассматриваются взаимодействия различных препаратов.

Глава 4 («Расширение ВААРТ с целью улучшения результатов мер по охране индивидуального и общественного здоровья») посвящена обсуждению значительного снижения уровня заболеваемости и смертности среди ВИЧ-инфицированных пациентов в связи с расширением ВААРТ в регионах мира с разным уровнем доступа к ресурсам. Здесь представлена новая модель «искать, тестировать, лечить и удерживать», нацеленная на расширение охвата ВААРТ как средства профилактики ВИЧ. Элементы этой модели включают работу с населением на местах для достижения труднодоступных социальных групп высокого риска; тестирования их на ВИЧ; перенаправления для получения лечения в связи с ВИЧ и других услуг; а также для удержания пациентов для получения ухода. Движущей силой этой стратегии являются доказанные выгоды ВААРТ в снижении уровня заболеваемости и смертности в связи со СПИДом, а также недавно полученные данные, подтверждающие непосредственные и

многочисленные вторичные преимущества от расширения охвата ВААРТ. В этой главе представлены данные, свидетельствующие о том, что активное расширение ВААРТ у потребителей инъекционных наркотиков может привести к снижению вирусной нагрузки и количества случаев распространения ВИЧ. Нет данных, указывающих на то, что расширение ВААРТ приводит к повышению устойчивости к антивирусным препаратам. Тем не менее, тестирование на ВИЧ не является стандартной услугой в центрах лечения наркотической зависимости. В этой главе также рассматриваются основные клинические вопросы, касающиеся того, когда начинать прием АРТ, какую комбинацию препаратов выбрать и когда ее менять, а также представлены исследования и руководства, содержащие рекомендации по этим вопросам. Здесь также рассматриваются проблемы соблюдения медикаментозного режима АРТ потребителями наркотиков.

В Главе 5 («Наркомания, ВИЧ/СПИД и система уголовного судопроизводства: проблемы и возможности») показаны отличающиеся взгляды на проблему употребления наркотиков системы здравоохранения и пенитенциарной системы. Здесь говорится о том, как «война с наркотиками» привела к повышению случаев лишения свободы потребителей наркотиков, а также рост распространения ВИЧ, ТБ и ВГС. Несмотря на то, что международные стандарты требуют предоставления одинаковых или эквивалентных по качеству услуг профилактики, ухода, лечения и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом для заключенных и для людей, находящихся на свободе, лишь немногие тюремные системы обеспечивают соблюдение этих стандартов. В данной главе описываются упущенные в связи с этим возможности лечения ВИЧ, наркомании, а также ТБ и ВГС. Рассматриваются возможности применения модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» в условиях тюрем, в том числе важность направления для получения услуг медицинского ухода по возвращении на свободу. Участники встречи согласились о необходимости дальнейших исследований в отношении реализации модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» в условиях тюрем.

В Главе 6 («Права человека, группы риска и уязвимые социальные группы») обсуждаются права человека в

контексте профилактики и лечения ВИЧ и наркомании и затрагиваются проблемы стигмы и дискриминации. В некоторых случаях дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ, или подверженных высокому риску заражения, получает законный статус в связи с принятием национальных и местных законов. Опасаясь стигмы и дискриминации, люди реже стремятся получить лечение и уход, в меньшей степени привержены к соблюдению режима лечения и чаще скрывают свой ВИЧ-статус от своих сексуальных партнеров. В этой главе рассматриваются несколько групп населения, среди которых распространенность ВИЧ обычно выше, чем у населения в целом: женщины в развивающихся странах, секс-работники и мужчины, практикующие секс с мужчинами. Здесь же приведены примеры эффективных программ для каждой из этих групп.





# Глава 1. Введение

11–12 января 2010 г. в Вашингтоне состоялась консультативная встреча Национального института наркологии (NIDA) и Международного общества по СПИДу (IAS). Главной целью встречи было достижение понимания природы глобальных эпидемий ВИЧ и наркомании, а также привлечение внимания к вопросу значимости вовлечения потребителей наркотиков, особенно потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), в реализацию любых комплексных мультидисциплинарных подходов к профилактике и лечению ВИЧ. Встреча прошла под лозунгом «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков: глобальная перспектива». В рамках встречи международные эксперты в области ВИЧ/СПИДа и злоупотребления психоактивными веществами получили возможность разработать научно-обоснованные исследовательские и клинические рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков. Большое внимание в ходе встречи было уделено

Международное общество по СПИДу (IAS) является ведущим независимым объединением специалистов, работающих в сфере ВИЧ/СПИДа. IAS является организатором крупнейших международных конференций по ВИЧ и СПИДу и специализированных встреч, тем самым предоставляя возможность для представления данных последних исследований, поощрения диалога и формирования консенсуса для продвижения глобальной борьбы с эпидемией.

Национальный институт по наркологии (NIDA) является основным федеральным органом США по исследованиям в области употребления наркотиков и наркомании. NIDA входит в состав Национальных институтов здравоохранения, а также Министерства здравоохранения и социальных служб США. Миссия NIDA заключается в том, чтобы мощью научных знаний помочь нации снизить наркопотребление и наркозависимость.

применению модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» в отношении антиретровирусной терапии (АРТ) для потребителей наркотиков как средства улучшения здоровья и благополучия наркопотребителей и важнейшему элементу сдерживания распространения ВИЧ на более широкие слои населения. В ходе встречи были представлены данные, опровергающие ошибочное мнение, что зависимость делает ВИЧ-положительных пациентов практически неподдающимися лечению современной антиретровирусной терапией из-за отсутствия приверженности лечению и нежелания сотрудничать. Встреча также была нацелена на ускорение прогресса в разработке комплексных, интегрированных подходов, сочетающих лечение зависимости с профилактикой и лечением ВИЧ и сопутствующих инфекций.

## Своевременные возможности: почему была организована эта встреча

Существует срочная потребность в глобальном руководстве для формирования политики, в исследованиях и разработке программ, которые учитывают связи между ВИЧ и различными формами злоупотребления химическими веществами. NIDA и IAS признали актуальность данной встречи экспертов, которые смогли представить всеобщий обзор по этим вопросам и заложить основу дальнейшей работы по профилактике и лечению ВИЧ у лиц, употребляющих наркотики. Эта срочная потребность подтверждается и усиливается следующими факторами:

1. Инъекционное употребление наркотиков является путем заражения 30% людей, живущих с ВИЧ, за пределами региона Африки к югу от Сахары, при этом двойная эпидемия инъекционного употребления наркотиков и ВИЧ также развивается и в Африке, что способствует дальнейшему росту и без того высоких показателей распространенности ВИЧ-инфекции. Лечение ВИЧ у ПИН и других потребителей наркотиков усложняется в связи

с необходимостью лечить наркотическую зависимость и ее последствия, а также высоким уровнем заболеваемости и распространенности сопутствующих инфекций, в том числе гепатита и туберкулеза (ТБ).

2. Согласно данным исследований многие страны переживают эпидемию инъекционного и не-инъекционного употребления метамfetаминa и других стимуляторов. Многие из этих веществ ассоциируются с ростом рискованного сексуального поведения.
3. Отсутствие доступа к эффективным методам лечения наркотической зависимости, особенно к опиоидной заместительной терапии, является ключевым фактором, способствующим распространению ВИЧ и подрывающим эффективность программ АРТ для потребителей наркотиков. К примеру, в Восточной Европе и Центральной Азии, где употребление наркотиков является основным путем передачи ВИЧ, менее 1% людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, имеют доступ к метадоновой или бупренорфиновой поддерживающей терапии. Заместительная терапия является незаконной в России, где проживает 69% ВИЧ-позитивных людей в регионе.
4. Во многих странах карательная политика в отношении наркотиков и жестокие уголовно-правовые стратегии подрывают эффективность усилий по профилактике и лечению ВИЧ у потребителей наркотиков, что отрицательно сказывается на доступе и приверженности лечению, а также препятствует доступу к услугам снижения вреда. Усилия, направленные на расширение профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа на основе комплексного, мультидисциплинарного подхода, включающего потребителей наркотиков, должны быть нацелены, в том числе, на изменение этих политик и подходов, а также на удовлетворение потребности в профилактике и лечении лиц, находящихся в заключении.
5. Ученые и врачи, работающие в сфере ВИЧ/СПИДа, в недостаточной степени обращают внимание на лиц, употребляющих наркотики. Потребители наркотиков часто исключаются из исследований в связи с предположением, что они не будут

выполнять требования протоколов клинических испытаний. Во многих странах активное злоупотребление психоактивными веществами является одним из критериев для исключения из программ АРТ.

## Процесс и результаты

Программа встречи была посвящена проблемам потребителей наркотиков во всем мире. Для данной встречи отбирались докладчики, обладающие обширными знаниями в таких сферах, как лечение зависимости, профилактика ВИЧ, модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» и знающие все сложности, связанные с ее применением к потребителям наркотиков. Большинство докладчиков участвует в совместных двух- и многосторонних исследованиях по ВИЧ/СПИДу и злоупотреблениям наркотиками в регионах, в высокой степени охваченных двойной эпидемией. Кроме того, было проведено заседание с участием представителей учреждений и организаций, занимающихся вопросами политики в области профилактики ВИЧ/СПИДа и злоупотребления психоактивными веществами. Выступающие представили текущие планы своих организаций, среди которых – Президентский чрезвычайный план по борьбе со СПИДом (PEPFAR), Управление национальной политики по СПИДу (ONAP), Управление национальной политики по контролю над наркотиками (ONDCP), Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Центр исследований в области СПИДа Национальных институтов здравоохранения (OAR), Национальный институт алергологии и инфекционных заболеваний (NIAID), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (программа встречи – в Приложении Б).

Сопредседателями, направлявшими ход встречи, были всемирно известные исследователи, работающие в авангарде исследований в сфере ВИЧ/СПИДа и злоупотребления наркотиками. Д-р Хулио Монтанер является международным лидером в области исследований ВИЧ/СПИДа и занимает пост президента Международного общества по СПИДу. Он также является профессором медицины в Университете Британской Колумбии и в настоящее время занимается изучением последствий более широкого

вовлечения потребителей инъекционных наркотиков в лечение высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ). Д-р Чарльз О'Брайен - профессор и заместитель декана факультета психиатрии Университета Пенсильвании, а также заведующий отделением психиатрии в Медицинском центре Филадельфии по работе с ветеранами. Он учредил и руководит программой клинических исследований, которая оказала серьезное влияние на лечение наркозависимости.

Встреча была построена таким образом, чтобы официальные презентации и вопросы к докладчикам занимали первую часть дня, после чего обсуждение темы продолжалось в рамках заседаний в дискуссионных группах во второй половине каждого дня. В ходе работы в группах, перед участниками стояла задача разработать: (1) научно-обоснованные рекомендации по улучшению профилактики и лечения ВИЧ для потребителей наркотиков, и (2) приоритетные направления для будущих исследований. После этих заседаний разработанные рекомендации и приоритетные направления будущих исследований были представлены всем участникам встречи.

В данном отчете освещаются основные данные, представленные в ходе встречи, а также содержатся ключевые рекомендации в отношении профилактики и лечения ВИЧ для лиц, злоупотребляющих наркотиками. В целом, совместная консультативная встреча Национального института по наркологии и Международного общества по СПИДу стала уникальной возможностью для продвижения всеобщего понимания того, каким образом наркозависимость оказывает столь значительное влияние на эпидемию ВИЧ.





## Глава 2. Глобальная стратегия по вопросам ВИЧ и наркомании

В ходе консультационной встречи в январе 2010 г. было проведено заседание с участием представителей учреждений и организаций, занимающихся вопросами политики в области профилактики ВИЧ и злоупотребления психоактивными веществами. Участники из США представили текущие планы своих организаций, у которых - Чрезвычайный план президента по борьбе со СПИДом (PEPFAR), Управление национальной политики по СПИДу (ONAP), Управление национальной политики по контролю над наркотиками (ONDCP), Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Центр по исследованиям в области СПИДа Национальных институтов здравоохранения (OAR), а также Национальный институт аллергологии и инфекционных заболеваний (NIAID). Представитель Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу представила международные инициативы, связанные с инъекционным употреблением наркотиков. Как следует из выступлений, представленных в данной главе, США взяли новый курс в национальной политике в отношении наркотиков и ВИЧ/СПИДа. Новая позиция администрации окажет существенное влияние не только на внутренние стратегии, но и на глобальную двойную эпидемию ВИЧ/СПИДа и наркомании, в особенности инъекционной. В целом, участники заседания поддержали расширение следующих научно-обоснованных стратегий:

- Интеграция, координация и расширение профилактических программ: программы обмена шприцев и игл (ПОШ), лечение наркотической зависимости, аутрич-работа, тестирование и консультирование, направление ВИЧ-инфицированных в службы по уходу, вакцинация и лечение заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), распространение презервативов, структурные меры, а также образовательная информация;
- Расширение доступа к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) для лиц,

употребляющих наркотики как инъекционным, так и неинъекционным путем, посредством модели «искать, тестировать, лечить и удерживать»;

- Включение лечения и профилактики наркомании, в качестве важнейших компонентов, в комплексные стратегии профилактики ВИЧ;
- Усиление мониторинга и оценки осуществления профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ.

Кроме того, участники согласились, что дальнейшие исследования должны быть сосредоточены на следующем:

- Расширение проводимых/операционных исследований с целью обеспечения лучшей информационной базы для реализации программ; улучшение предоставления услуг; оптимизация результатов; адаптация программ к местным эпидемиологическим, культурным и социальным условиям;
- Решение проблемы позднего выявления ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков с целью повышения потенциального положительного воздействия ВААРТ на ранних стадиях заболевания на эту группу населения;
- Разработка комплексного оказания услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, ко-инфекций и сопутствующих заболеваний;
- Разработка стратегий по повышению приверженности лечению и снижению стигмы для наркозависимых;
- Понимание связи между стадией заболевания и риском передачи.

В свете этих заявлений становится очевидно, что во всем мире настало время принимать меры по повышению положительного воздействия деятельности по профилактике, лечению и уходу

для лиц, употребляющих наркотики. Необходимо сосредоточить усилия на устранении пробелов в охвате; расширении доступа к услугам и повышении их использования; а также на расширении комплексных целевых программ, соответствующих местным потребностям.

## Чрезвычайный план президента по борьбе со СПИДом

Чрезвычайный план президента по борьбе со СПИДом (PEPFAR) был инициирован в 2003 году президентом Джорджем Бушем. В течение первых 5 лет деятельность PEPFAR была сосредоточена на создании и расширении программ по профилактике, уходу и лечению в условиях ограниченных ресурсов. В течение первой фазы по линии PEPFAR было предоставлено лечение более чем 2 миллионам человек; медицинская помощь более чем 10 миллионам человек, включая свыше 4 миллионов сирот и детей из уязвимых социальных групп; а также услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР) в почти 16 миллионах случаев беременности.

Сейчас, в ходе второй фазы, в рамках PEPFAR разрабатывается новая программная стратегия, которая поддерживает приоритетную с точки зрения правительства США деятельность, нацеленную на улучшение результатов мероприятий по охране здоровья, повышение устойчивости программ и их гармонизацию, а также укрепление систем здравоохранения. В 2010 году и далее PEPFAR будет работать в тесном сотрудничестве с командами стран для адаптации, определения приоритетов и реализации этой стратегии в соответствии со спецификой каждой из стран. Дополнительная информация о более широких стратегических рамках деятельности PEPFAR доступна по адресу [www.pepfar.gov/strategy](http://www.pepfar.gov/strategy).

Д-р Эрик Гусби является послом PEPFAR, Управления Глобального координатора по СПИДу. Он рассказал, каким образом PEPFAR занимается профилактикой и лечением ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков. Он также подробно остановился на целях второй пятилетней стратегии PEPFAR, которые включают:

- Переход от чрезвычайных мер к продвижению устойчивых национальных программ;

- Укрепление потенциала правительств стран-партнёров в области реагирования на эту эпидемию и другие нужды в сфере здравоохранения;
- Расширение мер по профилактике, уходу и лечению, как для концентрированных, так и генерализированных эпидемий;
- Интеграция и координация программ по ВИЧ/СПИДу с более масштабными программами в области здравоохранения и развития в целях усиления воздействия на системы здравоохранения;
- Инвестирование в инновации и операционные исследования для оценки влияния, повышения качества предоставления услуг и улучшения результатов.

Д-р Гусби сослался на тот факт, что 30 июля 2008 года был подписан Закон Тома Лантоса и Генри Дж. Хайда о продлении полномочий в рамках глобальной руководящей роли Соединенных Штатов в борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, предусматривающий выделение до 48 миллиардов долларов в течение 5 лет для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией на глобальном уровне. Данный закон предполагает более широкие возможности и требует, чтобы программы правительства США боролись с эпидемией ВИЧ у ПИН посредством:

- Разработки стратегий, обеспечивающих сокращение ВИЧ инфекции; и
- Обеспечения услуг поддержки, таких как профилактика и лечение наркомании.

Д-р Гусби представил данные о распространенности ВИЧ у ПИН в 13 из стран, в которых работает PEPFAR и которые в наибольшей степени охвачены эпидемией. Эти страны включают 4 в Азии, 6 в Восточной Европе и Центральной Азии и 3 в Африке. При общем населении в 2 миллиарда, предполагаемое количество взрослых с ВИЧ/СПИДом, живущих в этих странах, составляет 11 миллионов человек, включая 5,1 миллиона ВИЧ-положительных ПИН. Доля мужчин с ВИЧ, употребляющих инъекционные наркотики, в этих странах выше, чем доля женщин, однако большее число женщин также инфицировано. Внимание

следует сосредоточить не только на программах обмена шприцев и игл (ПОШ), но и на других комплексных мерах, которые повлияют на здоровье матерей и детей.

Д-р Гусби представил данные по 10 странам о доступе к услугам по профилактике и лечению для ПИН, получающих медикаментозное поддерживающее лечение (МПЛ) в виде бупренорфина или метадона. Данные включают 6 стран бывшего Советского Союза и 4 страны в Азии. Он отметил усилия Китая, в результате которых был достигнут определенный прогресс. Далее он представил информацию о начале программ обмена шприцев и игл в этих странах, которая свидетельствует о начальной стадии улучшения ситуации с наличием и доступом к шприцам. По словам д-ра Гусби, еще слишком рано проводить оценку этих усилий. Число ПИН, живущих с ВИЧ/СПИД и получающих антиретровирусную терапию (АРТ), в этих странах довольно невелико; тем не менее, Китай движется в сторону расширения масштабов этой деятельности. Он отметил, что системы сбора данных ненадежны, и необходимо лучшее понимание того, как мобилизовать ответные меры и наладить диалог в каждой из стран.

Планируемые PEPFAR мероприятия по профилактике, лечению и уходу для ПИН столкнутся с серьезными сложностями, связанными с устранением пробелов в охвате, увеличением доступа и расширением основных эффективных программ в сфере ВИЧ/СПИДа. Планируется незамедлительно сосредоточиться на таких стратегиях, которые повысят вероятность успеха. PEPFAR должна выходить на гражданское общество – включая профсоюзы, женские организации и правоохранительные органы – чтобы помочь понять, как комплексный подход к профилактике и лечению может снизить до минимума распространение вируса. Распространенность заболевания высока и продолжает расти, в то время как уровень охвата основными программами по ВИЧ/СПИДу остается крайне низким. Система здравоохранения должна приходить на помощь тогда, когда люди возвращаются к употреблению наркотиков, и им следует научиться воспринимать рецидивы как часть процесса излечения. Люди должны иметь доступ ко всему спектру услуг, в которых они нуждаются, несмотря на трудности,

связанные с обеспечением и поддержанием этих услуг.

Д-р Гусби заявил, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН/УНП ООН), и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу поддерживают следующий комплексный пакет услуг по профилактике ВИЧ для ПИН:

- Аутрич-работа на уровне сообществ;
- Программы обмена шприцев и игл;
- Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и другие виды лечения наркотической зависимости;
- Тестирование на ВИЧ и консультирование;
- Антиретровирусная терапия;
- Профилактика и лечение заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП);
- Распространение презервативов среди ПИН и их половых партнеров;
- Целевая информационная, образовательная и коммуникационная деятельность (ИОК) у ПИН и их половых партнеров;
- Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов;
- Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза (ТБ).

Пятилетняя стратегия PEPFAR нацелена на укрепление сотрудничества между многосторонними агентствами и разработку «основополагающих принципов» работы с ПИН, которыми будут руководствоваться национальные команды PEPFAR. Многосторонние партнеры могут предоставить столь необходимое техническое содействие программам по ПИН внутри стран, обеспечить приток ресурсов и мобилизовать политическую волю для вовлечения гражданского общества в этот процесс. PEPFAR расширяет масштабы этих усилий под эгидой профилактической деятельности. В процессе участвуют Управление наркологических и психиатрических служб (SAMHSA) и другие федеральные агентства.

Поскольку участие многосторонних партнеров крайне важно, PEPFAR активно сотрудничает с агентствами ООН и другими донорами в целях обеспечения качественной программной деятельности для ПИН:

- Многосторонние организации, такие как UNAIDS, могут использовать своё присутствие в странах и выход на правительства для продвижения подходов к профилактике, уходу и лечению, основанных на правах человека и научно-обоснованных данных;
- УНП ООНУНП ООН может работать с правоохранительными органами;
- ВОЗ может обеспечить нормативное руководство.

Посол Гусби заявил, что важно сосредоточить внимание на эпидемии, а не на идеологии. Он также остановился на принципах, которыми руководствуются программы PEPFAR по ПИН:

- Эпидемиологические решения, основанные на специфике стран;
- Структурные меры, которые упрощают реализацию программ при помощи законодательства, политики и стандартов;
- Научно-обоснованные комплексные и интегрированные программы по профилактике, уходу и лечению ВИЧ для ПИН;
- Программы, осуществляемые в различных условиях, включая сообщества, колонии и тюрьмы;
- Добровольные, справедливые и недискриминационные критерии доступа ко всем видам услуг;
- Программы, привязанные к стандартизированным индикаторам мониторинга и оценки результатов.

В настоящее время PEPFAR обновляет комплексное руководство по профилактике и лечению ВИЧ для ПИН, которое включает технические аспекты реализации основных видов программ, включая ПОШ, медикаментозное поддерживающее лечение (МПЛ), а также комплексные услуги и перенаправления ПИН в другие специализированные учреждения. Д-р Гусби закончил свое выступление, отметив, что дополнительная информация доступна на сайте [www.pepfar.gov](http://www.pepfar.gov).

## Управление национальной политики по СПИДу

Управление национальной политики по СПИДу (ONAP) входит в состав Совета по внутренней политике Белого дома и занимается координацией усилий правительства по снижению распространения ВИЧ-инфекции на территории США. Управление придает особое значение профилактике посредством широкомасштабных образовательных инициатив и оказывает помощь в координации усилий по обеспечению ВИЧ-инфицированных граждан услугами по уходу и лечению. В США был достигнут значительный прогресс в области предоставления ухода и лечения для людей, живущих с ВИЧ, включая помощь с жильем и другие виды основной поддержки, а также в снижении темпов распространения ВИЧ-инфекции. Кроме того, произошли значительные сдвиги в сфере исследований, нацеленных на поиск лекарства, разработку более эффективных методов лечения, а также выработку новых мер для предотвращения новых случаев заражения.

ONAP тесно взаимодействует с Советом национальной безопасности и Управлением Глобального координатора по СПИДу, сотрудничает с международными организациями, чтобы ответные действия США на глобальную пандемию полностью гармонизировали с международными усилиями в области профилактики, ухода и лечения. Благодаря инициативе PEPFAR, США удалось добиться определенных успехов в реагировании на глобальную пандемию ВИЧ/СПИДа, помогая странам, в наибольшей мере охваченным ВИЧ/СПИДом, расширить доступ к лечению, уходу и профилактике.

Джеффри Кроули, директор ONAP, заявил, что Президент выразил твердую приверженность эффективной национальной политике в области ВИЧ/СПИДа. Он рассказал, как администрация Обамы перефокусируется на вопросы внутренней эпидемии СПИДа для снижения числа случаев инфицирования ВИЧ, обеспечения уходом лиц с ВИЧ и СПИДом, а также сокращения неравенства в охране здоровья. Во время встреч с молодежью, женщинами и экспертами ONAP провело обширный сбор информации о жилищных условиях людей, живущих с ВИЧ. Они находились на этапе синтеза, опираясь на межведомственные рабочие группы, стремящиеся

задействовать опыт различных федеральных агентств. В работе этих федеральных партнеров участвуют не только агентства Министерства здравоохранения и социальных служб, такие как Национальные институты здравоохранения (NIH), Национальный институт наркологии (NIDA) и SAMHSA; но и Министерства труда, юстиции и др. ONAP хорошо взаимодействует с УНП ООНУНП ООН, у которого имеется собственная, но совместимая с другими стратегия.

Г-н Кроули отметил, что уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией у потребителей наркотиков в отдельных регионах США снизился, но в некоторых других местах, таких как Пуэрто Рико, он вырос. Управление планирует проанализировать эти тенденции и намерено активно работать над расширением доступа к медицинским услугам для людей с ВИЧ. Реформа здравоохранения является частью этих усилий, но также крайне необходим доступ к широкому спектру прочих услуг. ПИН нуждаются в доступе к услугам по диагностике и лечению заболеваний, передающихся половым путем, туберкулеза, а также к услугам по профилактике и поддержанию психического здоровья. В системе здравоохранения США существует ряд проблем, связанных с расовыми и гендерными вопросами, которые необходимо решать, чтобы снизить степень существующего неравенства.

Президент поддерживает ПОШ в качестве действенной меры по охране общественного здоровья, а снятие запрета на федеральное финансирование этих программ стало важным событием в области здравоохранения. ONAP занимается изучением вопроса о том, какое направление является стратегически правильным. CDC и другим соответствующим агентствам было предложено выработать рекомендации по эффективному ПОШ как важной составляющей комплексных программ по профилактике ВИЧ.

## Управление национальной политики по контролю над наркотиками

Управление национальной политики по контролю над наркотиками (ONDCP), часть Исполнительного офиса Президента, было создано в соответствии с Законом о борьбе со злоупотреблением наркотиками от 1988 года. Основной задачей ONDCP является

выработка политики, приоритетов и целей для национальной программы контроля над наркотиками. Цели программы включают снижение незаконного употребления, производства и торговли наркотиками; уровня преступности и насилия, связанных с наркотиками; и последствий для здоровья, вызванных употреблением наркотиков. Для достижения этих целей директору ONDCP поручается разработка Национальной стратегии по контролю над наркотиками. Стратегия направляет усилия страны в области борьбы с наркотиками и устанавливает программу, бюджет и руководящие принципы сотрудничества между субъектами на федеральном, местном уровне и уровне штатов. В соответствии с законодательством, директор ONDCP оценивает, координирует и руководит как международными, так и местными усилиями учреждений исполнительной ветви в области борьбы с наркотиками, а также обеспечивает гармонизацию этих усилий с мероприятиями по борьбе с наркотиками на уровне штатов и местном уровне. Директор консультирует Президента по поводу изменений в организации, управлении, финансировании и кадровом обеспечении федеральных агентств, которые могут повлиять на усилия США в области борьбы с наркотиками, а также на соответствие федеральных агентств их обязательствам в рамках Стратегии.

Д-р А. Томас Маклеллан, заместитель директора, заявил, что ONDCP планирует работать в тесном сотрудничестве с другими организациями, работающими в сфере ВИЧ/СПИДа. Он отметил, что помимо Административно-бюджетного управления, только ONDCP имеет право сертификации бюджета. Это дает ONDCP возможность гарантировать соответствие бюджетов стратегии Управления. ONDCP также доводит до широкой общественности политику администрации в области контроля над наркотиками и предпринимает необходимые шаги для ее реализации.

В настоящее время разрабатывается новая стратегия на основе консультаций с 35 федеральными агентствами. Д-р Маклеллан отметил, что за последние годы были накоплены значительные знания и опыт в сфере профилактики, краткой интервенции и излечения, и новая стратегия будет в большей степени опираться на научно-обоснованные решения. Еще одним приоритетным направлением

будет работа на уровне сообществ, то есть там, где реализация мер удастся лучше всего.

ONDCP намерено устранить барьеры, препятствующие доступу, и призывает семьи и сообщества узнавать, как они могут помочь своим членам. Роль правительств штатов и федерального правительства заключается в том, чтобы помочь сообществам самостоятельно решать свои проблемы. ONDCP призывает к созданию национальной профилактической сети с участием 30000 местных сообществ по всей стране, которые научатся реализовывать научно-обоснованные стратегии. Гранты, выделяемые в настоящее время многими организациями, будут приведены в соответствие и предоставлены сообществам, наиболее готовым к работе в сфере профилактики. Будет также сделан упор на интегрирование профилактики в службы здравоохранения; врачи и медсестры должны научиться проводить скрининги и краткие интервенции. Невозможно обеспечить доступ к безопасным и адекватным медицинским услугам, не принимая во внимание возможности употребления психоактивных веществ. Есть надежда, что количество людей, проходящих лечение от наркотической зависимости, увеличится втрое. Это позволит сократить расходы на услуги, предоставляемые в пунктах экстренной медицинской помощи.

ONDCP также планирует сосредоточить внимание на наиболее нуждающихся группах населения, таких как подростки, которые могут пройти профилактику еще до того, как начнутся проблемы, а также лица, совершившие правонарушения, связанные с наркотиками. Большинство правонарушителей, попадающих в систему уголовного судопроизводства, никогда ранее не проходили лечение от наркотической зависимости. Убедившись, что правоохранительные органы в одиночку не способны уберечь страну от наркотиков, ONDCP объявило о конце «войны с наркотиками». Накоплены результаты трёх десятилетий беспрецедентных научных исследований в области профилактики и лечения наркомании, и этими данными следует руководствоваться при принятии решений. Д-р Маклеллан закончил своё выступление, заявив, что пора положить конец мифам; наши проблемы с наркотиками берут начало в США, а не в других

«Соединенные Штаты поддерживают множество конкретных мер, таких как медикаментозное поддерживающее лечение и программы обмена шприцев как часть комплексной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИД, ведущей к восстановлению, а также использование услуг по детоксикации и лечению, адаптированных к нуждам людей с зависимостью».

Гил Керликовске, директор ONDCP,  
вступительная речь на 53 сессии Комиссии по  
наркотическим веществам ООН,  
8 марта 2010 г.

странах. По его словам, крайне важно признать и принять эту ответственность.

## **Национальный центр по профилактике ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов, ЗППП и туберкулёза, Центры контроля и профилактики заболеваний**

Национальный центр по профилактике ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов, ЗППП и туберкулёза (NCHHSTP) отвечает за надзор в сфере общественного здравоохранения, исследования и программы в области профилактики и контроля вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), других заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), вирусных гепатитов и туберкулёза (ТБ). Персонал Центра работает в сотрудничестве с правительственными и неправительственными партнёрами на уровне сообществ, штатов, национальном и международном уровнях, применяя интегрированные междисциплинарные программы исследований, надзора, технического содействия и оценки.

Д-р Кевин Фентон, директор NCHHSTP, отметил важность рассмотрения предотвращения употребления наркотиков и ВИЧ с точки зрения общественного здравоохранения. Он привел данные Национального опроса по проблемам употребления наркотиков и здравоохранения (NSDUH)<sup>1</sup> по распространенности употребления наркотиков в США. Он сообщил, что 8% населения США использовало нелегальные наркотики в

прошлом месяце, и что этот показатель является сравнительно стабильным с 2002 года. Наибольшая распространенность отмечена у молодежи в возрасте от 18 до 20 лет, мужчин, афро-американцев, коренных жителей Аляски и городского населения. В 2008 году в США было предположительно около 1,2 миллиона ПИН, употребляющих героин, кокаин и стимуляторы. Статистика заболеваемости и смертности говорит о том, что злоупотребление психоактивными веществами и наркотическая зависимость находятся среди ведущих причин предотвращаемой смертности в США. Однако самый высокий риск заболеваемости и смертности отмечается у ПИН, обусловленный, в частности, распространением заболеваний, передающихся через кровь, в результате использования нестерильного инъекционного инструментария, а также незащищенных вагинальных и анальных контактов.

Согласно недавней статье в Журнале Американской медицинской ассоциации (JAMA)<sup>2</sup>, в 2006 году на ПИН приходилось 12% (6 600) от оценочных 56 300 новых случаев инфицирования ВИЧ. На ПИН-мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, приходилось еще 4% случаев. Уровень заболеваемости ВИЧ у ПИН в США снизился на 80% между 1998–1990 и 2003–2006 годами. В 2006 году из 1,1 миллиона человек, живущих с ВИЧ, 19% (204.000) были инфицированы при употреблении инъекционных наркотиков.<sup>3</sup> Распределение случаев заболевания СПИДом в США не является случайным; существует географическая разнородность: высокий уровень распространенности отмечен в южном и северо-восточном регионах, более низкий – на западе. Непропорционально высокий уровень заболеваемости отмечен у афро-американцев.

Д-р Фентон подчеркнул, что несвоевременная диагностика ВИЧ у ПИН, особенно у мужчин, является серьезной проблемой. Многие ПИН с недавно обнаруженными инфекциями имеют субоптимальный доступ к ВААРТ и начинают терапию на более поздних стадиях заболевания. В этой связи, тестирование на ВИЧ должно быть ключевым компонентом любой комплексной стратегии; следует рассматривать новые возможности обследования ПИН в различных условиях (например, в исправительных учреждениях, психиатрических клиниках).<sup>4</sup>

Распространенность гепатита В в США составляет от 800 000 до 1,2 миллиона человек. По экспертным оценкам в 2007 году имело место 43 000 новых случаев заражения, 15% которых приходится на ПИН. Что касается гепатита С, хронически инфицировано 3,2 миллиона человек, число новых случаев заражения в 2007 году составило 17 000, ежегодно от гепатита С умирает 12 000 человек. Употребление инъекционных наркотиков является основным способом передачи гепатита С в США (48%), при этом гепатитом С болеют от 30% до 40% ВИЧ-инфицированных.<sup>5</sup>

Согласно отчетности CDC, в 2008 году было на 2,9% меньше случаев заболеваемости туберкулезом (12 904 случая). Приблизительно один из пяти больных туберкулезом предположительно употребляет нелегальные наркотики, чрезмерное количество алкоголя или и то, и другое.<sup>6-7</sup> Исследования свидетельствуют о более высоком уровне распространенности ЗППП у групп населения, употребляющих наркотики, включая лиц, занимающихся коммерческим сексом, потребителей крэка, заключенных и молодых людей, употребляющих наркотики. От 1% до 6% лиц, употребляющих наркотики, больны сифилисом, от 1% до 3% – гонореей.<sup>8</sup> Национальный показатель распространенности ВПГ-2 (вирус простого герпеса-2) составляет 17%, но у лиц, употребляющих наркотики, этот показатель предположительно выше – от 38% до 61%.<sup>9</sup>

Для получения данных о ВИЧ-ассоциированном поведении, связанном с рисками, в рамках Национальной системы наблюдения за поведением, связанным с ВИЧ (NHBS) были проанализированы интервью с 10 301 ПИН, проведенных в 23 городах в период с мая 2005 г. по февраль 2006 г.<sup>10</sup> Первая часть данных показала, что 33% респондентов использовали нестерильный инъекционный инструментарий в течение последних 12 месяцев; 63% имели незащищенный вагинальный контакт (данный показатель особенно высок у респондентов в возрасте от 18 до 24 лет). 66% опрошенных прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев. Тестирование на ВГС менее распространено у респондентов в возрасте 18-24 лет; 72% опрошенных отметили, что ранее проходили тестирование на ВГС или что им был поставлен диагноз ВГС.

Д-р Фентон рассмотрел стратегии общественного здравоохранения, которые могли бы помочь профилактике и борьбе с ВИЧ, гепатитом, ЗППП и ТБ у людей, употребляющих наркотики. Они включают в себя следующее:

- Выход на потребителей наркотиков через аутрич-работу и проведение оценок рисков;
- Скрининги, диагностика и консультирование;
- Лечение и вакцинация;
- Работа с людьми, имеющими инфекционные заболевания, посредством профилактического консультирования, перенаправления их для получения услуг по уходу, приверженности лечению и партнерские услуги;
- Профилактика передачи инфекции от матери ребенку;
- Снижение рискованного поведения у потребителей наркотиков посредством лечения наркозависимости, программ обмена шприцев, распространения презервативов, санитарного просвещения и программ по снижению рисков.

Он упомянул имеющиеся в CDC ресурсы по данному вопросу, выделив недавно обновленный «Сборник научно-обоснованных программ по профилактике ВИЧ». В нем содержится информация по 69 видам программ, из которых 15 нацелены на потребителей наркотиков, 12 – конкретно разработаны для ПИН, и еще 8, которые были апробированы в социальных маргинальных группах, употребляющих наркотики.<sup>11</sup>

Д-р Фентон привел информацию о статусе программ по обмену шприцев (ПОШ), функционирующих в США.<sup>12</sup> Всего на территории 36 штатов, Федерального округа Колумбия и Пуэрто Рико работают 185 ПОШ. Их деятельность разрешена местным законодательством в 14 штатах и местными органами власти еще в 3 штатах. В 5 штатах практикуется бесплатная раздача шприцев, которая не запрещена законодательством штатов. В 15 штатах ПОШ действуют полулегально. Д-р Фентон отметил, что ПОШ являются ключевым компонентом комплексного подхода к профилактике ВИЧ.

Что касается будущих подходов к профилактике ВИЧ у потребителей наркотиков, CDC сотрудничают

с федеральными партнерами в рамках разработки рекомендаций по использованию федеральных бюджетных средств для поддержки ПОШ в соответствии со спецификой 2010 фискального года, приоритетами Конгресса и программными установками. В CDC также ведется разработка рекомендаций по оказанию интегрированных услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами, ЗППП и ТБ у потребителей наркотиков. Данная деятельность призвана способствовать изменениям политического и организационного характера для укрепления программного сотрудничества и интеграции услуг в пунктах помощи потребителям наркотиков.

Д-р Фентон завершил свое выступление, отметив, что хотя уровень заболеваемости ВИЧ у ПИН в США за последние 20 лет снизился, остается множество нерешенных задач. CDC стремятся выработать более интегрированный подход к профилактике ВИЧ и сопутствующих инфекций.

## Центр исследований в области СПИДа

Центр исследований в области СПИДа (OAR) действует при Директорате Национальных институтов здравоохранения и занимается координацией научных, финансовых, законодательных и политических аспектов исследований Национальных институтов здравоохранения (НИН) в области СПИДа. OAR определяет научные приоритеты НИН для крупномасштабной и диверсифицированной программы исследований, которая осуществляется или поддерживается практически каждым из институтов и центров НИН. OAR содействует укреплению сотрудничества, гарантируя целевое использование каждого доллара, выделенного на исследования, направленные на разработку новых инструментов для глобальной борьбы против СПИДа. Для реализации этой миссии, OAR обладает следующими полномочиями:

- Планирование, координация и оценка крупного, сложного и многогранного портфолио исследований НИН в области СПИДа;
- Разработка ежегодных стратегических планов НИН по всем мероприятиям, связанными с ВИЧ/СПИД, на основе которых формируется бюджет исследований в области СПИДа. План

- исследований NIH в области ВИЧ – это результат тесного сотрудничества представителей институтов и центров NIH и других федеральных агентств; неправительственных экспертов из академических кругов, фондов и промышленности; и представителей общественности;
- Формирование годового бюджета исследований NIH в области СПИДа;
- Рассмотрение и утверждение инициатив институтов и центров NIH с тем, чтобы выделяемые средства использовались для реализации наиболее приоритетных научных проектов и инициатив, избегая при этом дублирования и поощряя сотрудничество между институтами;
- Разработка ежегодного Президентского бюджета на исследования в области СПИДа, руководствующегося исключительно возможностями для науки;
- Контроль соответствия портфеля исследований NIH с высокоприоритетными целями исследований в области СПИДа, согласно Плану, путем проведения ежегодного анализа портфолио;
- Отслеживание и мониторинг всех расходов NIH по изучению СПИДа в разбивке по сферам исследований и целям Плана;
- Созыв Консультационного совета OAR и аффилированных рабочих групп, включая те, которые разрабатывают федеральные правила лечения и профилактики ВИЧ и сопутствующих инфекций у взрослых, подростков и детей;
- Содействие международным исследованиям и программам обучения в области СПИДа.

Д-р Джек Уайтскарвер, директор OAR, пояснил, что OAR является «институтом без границ», что позволяет NIH осуществлять комплексную научно-исследовательскую программу по профилактике и лечению ВИЧ и связанных с вирусом осложнений. OAR не выдает гранты. Центр работает по национальному стратегическому плану, в соответствии с которым определяется бюджет, а сотрудники NIH и внешние эксперты содействуют процессу планирования. Следующие сферы были определены в качестве наиболее важных:

- Профилактика, в том числе употребления психоактивных веществ;
- Сопутствующие заболевания и осложнения;
- Геномика/генетика; и
- Неравенства, связанные с ВИЧ.

Ежегодный план NIH исследований в области ВИЧ (<http://www.oar.nih.gov/strategicplan/>) руководствуется следующими главными приоритетами:

- Снижение уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией посредством бактерицидных средств, вакцин, поведенческих и социальных исследований и лечения в качестве профилактики;
- Улучшение результатов лечения посредством клинической медицины;
- Снижение неравенств, связанных с ВИЧ, в отношении женщин и девочек, расовых и этнических групп посредством исследований, тренингов, инфраструктурных изменений и повышения потенциала;
- Расширение фундаментальных исследований в области этиологии и патогенеза;
- Воплощение результатов исследований в конкретные действия с помощью естествознания, эпидемиологии и распространения информации.

Снижение уровня заболеваемости ВИЧ с помощью профилактики требует сочетания различных биомедицинских и поведенческих мероприятий. Такие меры включают профилактику передачи инфекции от матери ребенку (ПМР), обрезание, лечение наркотической зависимости, распространение презервативов, стерильных шприцев, а также поведенческие интервенции. Основными сферами исследований являются бактерицидные средства, поведенческие и социальные исследования, вакцины и лечение как профилактика.

Ключевые направления поведенческих и социальных исследований включают в себя вопросы приверженности лечению; стигмы, дискриминации, бедности и уголовного права; нейрокогнитивные осложнения; взаимодействия препаратов, наркотиков и алкоголя; интеграция исследований в процесс

разработки и оценки программ; и разработка и апробация инновационных моделей и программ, учитывающих культурные и социальные аспекты жизни расовых и этнических групп.

Лечение как профилактика, или “профилактическое лечение”, является ключевым подходом к снижению уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Подход включает в себя снижение ПМР, пост-контактную (PEP) и пред-контактную (PrEP) профилактику, а также использование модели «искать, тестировать и лечить» в целях определения, сможет ли программа по тестированию и незамедлительному лечению, действующая в масштабах сообщества, снизить общий уровень новых случаев заражения ВИЧ в этом сообществе, в том числе у ПИН.

Растет доля пациентов, которые проходят курс терапии, но не поддаются лечению и испытывают такие серьезные проблемы от АРТ, как интоксикация, побочные эффекты и сопутствующие инфекции: ВГС, ТБ, малярия, ВГВ и ЗППП. Также существует риск развития злокачественных новообразований; сердечнососудистых, неврологических и метаболических осложнений; диабета и болезней печени; и осложнений, связанных с преждевременным старением. Поэтому крайне необходимо улучшить результаты лечения.

Преодоление неравенств, связанных с ВИЧ, подразумевает расовое и этническое неравенство в США, неравенство между развитыми и развивающимися странами, мужчинами и женщинами, молодежью и взрослыми, а также неравенства, связанные с сексуальной ориентацией. NIH продолжают рассматривать в качестве приоритетных причины неравенств в состоянии здоровья, связанные с ВИЧ, их роль в передаче и приобретении заболевания, а также их влияние на эффективность и доступность лечения. Учебные программы по вопросам исследований для американских и международных исследователей важны для создания необходимого потенциала для проведения исследований в области СПИДа, как в расовых и этнических сообществах США, так и в развивающихся странах.

NIH также сохраняют верность фундаментальной науке, которая имеет первостепенное значение для их миссии. Фундаментальная наука является основой, необходимой для достижения прогресса

по всем другим научным направлениям, а также для реализации целей Национальной стратегии по ВИЧ/СПИДу.

Д-р Уайтскарвер остановился на вопросе воплощения результатов исследований в конкретные меры. Семинар по реализуемым исследованиям, проведенный в 2009 году в Кейптауне, Южная Африка, стал важным шагом для OAR на пути к разработке консолидированной программы исследований и стратегии NIH. Семинар предоставил исследователям и исполнителям возможность обсудить широкий спектр вопросов, включая определение реализуемых исследований. Участниками были определены ключевые возможности для исследований, а также изменения модели финансирования, управления и использования проводимых исследований. Прикладные исследования в сфере здравоохранения и ВИЧ/СПИД были определены как:

- Сравнение двух или более реализуемых программ;
- Сравнение различных подходов к осуществлению медицинских программ;
- Стратегии стимулирования использования доступных медицинских услуг;
- Улучшение процессов реализации и управления программами;
- Адаптация мер к новым условиям и группам реципиентов;
- Моделирование экономической эффективности; и
- Совершенствование методологии крупномасштабной реализации мер.

Рекомендованные исследования, определенные в результате семинара по прикладной науке, подпадают под пять ключевых направлений:

- ПМР: рассмотрение вопросов реализации и устранение проблем охвата в целях оптимизации эффективности;
- Вовлечение и удержание людей в программах по уходу: проверка моделей для оптимизации услуг, сравнение моделей оказания услуг и стимулирования приверженности лечению, определение факторов, приводящих к

субоптимальным клиническим результатам, выявление стимулов к тестированию на ВИЧ, а также определение стратегий, влияющих на удержание клиентов-детей и подростков;

- Комбинирование услуг по ВИЧ/СПИДу и прочих медицинских услуг: разработка инновационных подходов к интеграции множественных услуг и определение условий, при которых комбинирование предпочтительнее автономных подходов;
- Профилактическое лечение ВИЧ, в том числе у ПИН; и
- Оптимальные подходы к сопутствующим инфекциям, включая лечение ТБ и наркозависимости.

Полная версия отчета по данной встрече доступна по адресу <http://www.pgaf.org/articles/pangaea-assists-implementation-science.html>.

## Национальный институт аллергологии и инфекционных заболеваний

Национальный институт аллергологии и инфекционных заболеваний (NIAID) при NIH осуществляет и поддерживает фундаментальные и прикладные исследования, которые помогают лучше понимать, лечить и предотвращать инфекционные, иммунологические и аллергические заболевания. Чтобы помочь остановить волну глобальной пандемии ВИЧ/СПИДа, NIAID сотрудничает с международными коллегами из более чем 50 стран в целях разработки комплексных подходов к борьбе с ВИЧ, включая разработку вакцин и других профилактических мер, терапию и уход за людьми, живущими с ВИЧ. Это сотрудничество уже привело к определенным результатам, особенно в аспекте разработки методов снижения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Д-р Энтони Фаучи представил обзор исследовательской деятельности NIAID по вопросам ВИЧ/СПИДа у людей, употребляющих наркотики. Он отметил, что исследования в области естествознания включают в себя: (1) Многоцентровое когортное исследование СПИДа (MACS) –текущее перспективное исследование случаев инфицирования ВИЧ-1 у

мужчин гомосексуалов и бисексуалов, проходивших и непроходивших лечение, которое проводится с 1984 года на местах в четырех городах США; (2) Межведомственное исследование ВИЧ у женщин (WINS) – крупнейшая наблюдаемая когорта для изучения ВИЧ/СПИДа у женщин в США. Исследование WINS было инициировано в 1993 г. и проведено с центрами в шести городах. NIAID финансирует основные расходы на когорты, а NIDA – исследования ряда специфических вопросов, связанных с наркотическими средствами.

Исследование MACS помогло определить роль рекреационных наркотиков в передаче ВИЧ-инфекции. Две статьи по данной тематике были опубликованы в «Журнале приобретенных синдромов иммунодефицита» (Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, JAIDS).<sup>13-14</sup>

Результаты WINS показали, что многие из приблизительно 3800 ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных женщин используют или использовали незаконные наркотики.<sup>15</sup> Отдельные направления исследований WINS рассматривают влияние использования незаконных наркотиков на следующее:

- Приверженность АРТ и модели использования АРТ;
- Патогенез ВИЧ и прогрессирование болезни;
- Нейропсихологическая функция и депрессия;
- Заболевания почек, печени и сердечнососудистые заболевания.

Программы по наркотикам, вне зависимости от модели реализации, повышают приверженность антиретровирусной терапии у женщин, употребляющих наркотики.<sup>15</sup>

Д-р Фаучи перечислил 6 основных сетей клинических испытаний по ВИЧ/СПИД (СКИ), финансируемых NIAID:

- Группа клинических испытаний по СПИДу (ACTG);
- Сеть по клиническим испытаниям по профилактике ВИЧ (HPTN);
- Сеть по испытаниям вакцин против ВИЧ (HVTN);
- Международная группа клинических испытаний по СПИДу у матерей, детей и подростков (IMPAACT);

- Международная сеть стратегических инициатив в области глобальных испытаний по ВИЧ (INSIGHT);
- Сеть по испытаниям бактерицидных средств (MTN).

Д-р Фаучи перечислил свыше 30 антиретровирусных препаратов (АРП), одобренных Управлением по пищевым и лекарственным продуктам (FDA), категории нуклеозидных/нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы (NRTI), нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (NNRTI), ингибиторов протеазы (PI), ингибиторов слияния, ингибиторов проникновения, ингибиторов интегразы и их комбинаций (доступно 6 комбинаций).

Что касается вопроса лечения ВИЧ у потребителей незаконных наркотиков, д-р Фаучи отметил, что когда люди употребляют наркотики не так активно, приверженность АРТ и ее эффективность практически такая же, как и в случае с другими группами. Тем не менее, существует ряд специфических трудностей,<sup>16</sup> включающих в себя следующие:

- Коморбидные состояния и психические расстройства;
- Ограниченный доступ к услугам по уходу в связи с ВИЧ;
- Недостаточная приверженность терапии;
- Побочные эффекты препаратов и интоксикация;
- Необходимость лечения наркотической зависимости; и
- Взаимодействие препаратов, которое может осложнить лечение ВИЧ.

Ряд исследований сети HPTN сфокусирован на ПИН:

- **HPTN 033:** Можно ли привлечь и удержать представителей групп высокого риска, включая ПИН?
- **HPTN 037:** Может ли участие равного консультанта способствовать снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией у ПИН и представителей групп риска?
- **HPTN 058:** Является ли длительная заместительная терапия зависимости от опиатов с использованием субоксона (бупренорфин + налоксон) более эффективной, чем обычная детоксикация, для

предотвращения инфицирования ВИЧ и снижения смертности ПИН?

Д-р Фаучи упомянул пред-контактную профилактику – эффективный инструмент профилактики таких инфекционных заболеваний, как малярия. Отметил, что АРП действительно предотвращают ПМР и полезны в качестве пост-контактной профилактики. Есть в целом позитивные результаты использования тенофовира +/- эмтрицитабина – препаратов с длительным периодом полураспада, хорошими профилями безопасности и высоким генетическим барьером к резистентности (тенофовир) – в экспериментальных моделях на нечеловекообразных приматах. Поскольку PrEP ингибирует ВИЧ, не требуя изменений в сексуальном поведении, она, скорее всего, будет популярна.

Что касается концепции «тестировать и лечить», д-р Фаучи процитировал статью Р.М. Гранича и др.<sup>17</sup> Описанная математическая модель показывает, что универсальное и ежегодное добровольное тестирование на ВИЧ с последующей незамедлительной АРТ (независимо от клинической стадии или числа CD4 лимфоцитов) могут сократить число новых случаев инфицирования ВИЧ на 95% в течение 10 лет. Опасения по поводу такого решения вызваны вопросами реалистичности данного подхода, защиты прав личности, резистентности к препаратам, токсичности и финансирования.

Вопросы общих исследований, связанные с концепцией «тестировать и лечить», которые необходимо рассмотреть, включают универсальное тестирование, связь между стадией ВИЧ-инфекции и эффективностью передачи, эффективность АРТ в профилактике распространения ВИЧ, резистентность к препаратам, поведенческую «расторможенность», индивидуальную выгоду и экономическую эффективность для общества.

Объявлен новый конкурс на подачу заявок на исследования в области модели «искать, тестировать и лечить» для решения проблем, связанных с ВИЧ, в уголовно-исправительной системе. Срок приема заявок: до 1 апреля 2010 г. NIDA, Национальный институт психического здоровья (NIMH) и NIAID выделяют 10,6 миллионов долларов для финансирования 7-10 новых проектов. Исследователям предлагается разрабатывать,

внедрять и апробировать стратегии по расширению тестирования на ВИЧ и предоставления ВААРТ ВИЧ-положительным лицам, оказавшимся в системе уголовного судопроизводства, с курсом на продолжение ВААРТ после окончания срока заключения.

Д-р Фаучи упомянул о первых признаках успеха клинических испытаний вакцины против ВИЧ в Таиланде; результаты были опубликованы на он-лайн ресурсе «Медицинский журнал Новой Англии» (*New England Journal of Medicine*).<sup>19</sup> Опираясь на результаты этих клинических испытаний, д-р Фаучи заявил, что следующее поколение вакцин должно достигнуть 60% и 70% уровня эффективности. Он рассказал о дальнейших шагах в отношении вакцин:

- Выявление иммунных механизмов, которые объясняют результаты, полученные в Таиланде;
- Выработка методов оптимизации иммунных реакций, обеспечивших защитный эффект;
- Тестирование новых вакцин, основанное на знаниях иммунных механизмов, с целью определения их эффективности;
- Оценка состояния здоровья кандидатов-ПИН после подтверждения концепции у гетеросексуалов, входящих в группу высокого риска.

Д-р Фаучи закончил выступление, упомянув ряд комплексных мер по профилактике ВИЧ, таких как образовательная деятельность, распространение презервативов, лечение ЗППП, тестирование/консультирование, АРТ, лечение зависимости от наркотиков/алкоголя, обрезание, бактерицидные средства, PrEP, снижение вреда и эффективные вакцины.

## Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ

ЮНЭЙДС, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ, является инновационной совместной инициативой ООН, которая объединяет усилия и ресурсы 10 организаций, входящих в систему ООН, в ответ на СПИД, с целью помочь предотвратить распространение ВИЧ, обеспечить уход для людей, живущих с ВИЧ, и смягчить последствия эпидемии. Секретариат ЮНЭЙДС, штаб-квартира которого

находится в Женеве (Швейцария), работает на местах в более чем 80 странах мира. Действия по борьбе со СПИДом, осуществляемые в рамках системы ООН, координируются в странах через тематические группы ООН и совместные программы по СПИДУ. В число ко-спонсоров входят Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирная продовольственная программа (ВПП), Программа развития ООН (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН/УНП ООН), Международная организация труда (МОТ), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк. ЮНЭЙДС содействует расширению масштабов ответных на СПИД мер, которые объединяют усилия различных секторов и партнеров в правительственных кругах и в гражданском обществе.

Д-р Кэтрин Хэнкинс, ведущий научный советник ЮНЭЙДС, рассказала о распределении труда в организации. ЮНЭЙДС и 10 ко-спонсоров Программы оказывают техническое содействие соответствующим правительственным ведомствам и организациям гражданского общества в разработке политики в области ВИЧ и программной деятельности для ПИН на основе подтвержденных данных и соблюдения прав человека. В число новых инициатив входит участие ПИН в биомедицинских испытаниях по профилактике ВИЧ.

- **УНП ООН/УНП ООН:** Лидирующая роль в вопросах, касающихся употребления наркотиков. Направления деятельности: особые потребности женщин, употребляющих наркотики, а также тренинги для сотрудников правоохранительных органов и пенитенциарных учреждений.
- **ВОЗ:** Поддержка осуществления и расширения заместительной терапии опиоидной зависимости, мер по профилактике ВИЧ и уходу, включая разработку клинических протоколов и тренинги.
- **Всемирный банк:** Определение проблем программного характера, связанных с профилактикой ВИЧ у ПИН; финансовая поддержка

программной деятельности на уровне стран и национальных и региональных консультаций.

- **ЮНИСЕФ:** Программное руководство в области жизненных навыков и профилактики ВИЧ у подростков, употребляющих инъекционные наркотики, содействия предотвращению ПМР у труднодоступных беременных женщин с наркотической зависимостью (например, в странах Центральной и Восточной Европы/СНГ).
- **УВКБ ООН:** Обеспечение услуг по снижению вреда для беженцев в Иране и Пакистане и вернувшихся в Афганистан.
- **ПРООН, МОТ, ЮНЕСКО, ЮНФПА, ВПП:** Продвижение и предоставление технического содействия в тех сферах, в которых специализируются данные организации.

Д-р Хэнкинс также отметила, что УНП ООН является ведущим агентством в группе ЮНЭЙДС по профилактике ВИЧ и уходу за ПИН в условиях заключения. Управление отвечает за содействие в разработке ответных мер ООН на ВИЧ, связанных с вопросом торговли людьми. Деятельность УНП ООН в этих сферах сосредоточена на содействии государствам в реализации крупномасштабных эффективных программ по предотвращению распространения ВИЧ и обеспечению ухода за ЛЖВ; а также на помощи странам и организациям гражданского общества в разработке и реализации комплексных программ по профилактике ВИЧ и уходу за ПИН. Д-р Хэнкинс рассказала о Справочной группе ООН по профилактике ВИЧ и уходу за ПИН, которая была создана в 2002 году для оказания технической консультативной помощи по вопросам ВИЧ и ПИН УНП ООН, ВОЗ, Секретариату ЮНЭЙДС и соответствующим ко-спонсорам. Группа является независимой структурой, состоящей из 24 экспертов из 20 стран.

Д-р Хэнкинс привела данные заседания Программного координационного совета ЮНЭЙДС, проведенного в июне 2009 г. Предполагается, что ПИН есть в 148 странах (всего около 16 миллионов человек в возрасте от 15 до 64 лет), и что ВИЧ-инфицированные ПИН есть в 120 странах (3 миллиона человек). Она обратила внимание на имеющиеся документы ЮНЭЙДС, в том числе по вопросам опиоидной заместительной терапии, мониторингу

охвата и профилактики в развивающихся странах, а также по Декларации приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом. Д-р Хэнкинс также рассказала о значимых промежуточных результатах, достигнутых ЮНЭЙДС, включая список ЦРТ, политическую декларацию 2006 года по обеспечению универсального доступа, а также план действий и политическую декларацию 2009 года Комиссии по наркотическим средствам.

Основываясь на отчете ЮНЭЙДС за сентябрь 2009 г., д-р Хэнкинс отметила снижение доли населения, входящего в группу риска ВИЧ, достигнутое за счет осуществления программ по профилактике ВИЧ в ряде стран в 2005-2007 гг. Большой процент опрошенных секс-работников (60,4%) и мужчин, имеющих секс с мужчинами (40,1%) знают, где они могут пройти тестирование на ВИЧ, и получали презервативы. Приблизительно 46% ПИН знают, где они могут пройти тестирование на ВИЧ, и получали презервативы, стерильные иглы и шприцы.

В 2009 году в рамках совместной инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС в области обеспечения универсального доступа была проанализирована необходимость расширения мер по профилактике, уходу и лечению ВИЧ в секторе здравоохранения. По данным отчета только 30 из 92 изученных стран с низким и средним уровнем дохода реализуют программы по обмену шприцев и игл. Среднее количество шприцев, ежегодно распространяемых на одного ПИН, составляет 24,4 единиц в Европе и Центральной Азии, и 26,5 в Южной и Юго-Восточной Азии. Это намного ниже рекомендуемого значения в 200 шприцев на одного ПИН в год. Опиоидная заместительная терапия предоставляется только в 26 странах.

Д-р Хэнкинс перечислила основные проблемы, выявленные в ходе мониторинга:

- Реализация программ по профилактике ВИЧ для ПИН субоптимальна в странах с низким и средним уровнем дохода;
- Отсутствие законов о недопущении дискриминации является основным препятствием для эффективной программной деятельности в области профилактики;
- Необходимо усилить мониторинг и оценку, включая совершенствование оценки нуждающихся

(деноминаторы), определить индикаторы качества и интенсивности мер по профилактике ВИЧ, а также использовать полное руководство, разрабатываемое Справочной группой ЮНЭЙДС по операционному мониторингу и оценке.

Она рассказала о «модели заболеваемости» Глобальной программы по ВИЧ/СПИДу Всемирного банка (GHAAP), в которой используются таблицы для анализа распространения инфекций на основе способов передачи и рассчитывается ожидаемый уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в следующем году. Модель основывается на данных о текущем уровне распространенности ВИЧ-инфекции, количестве входящих в группу риска и темпах распространения инфекции. Она анализирует заболеваемость у гетеросексуалов, входящих в группу низкого риска, лиц, имеющих случайные половые контакты, в возрасте 15-24 лет, старше 25 лет и рассматривает влияние смешения возрастов. Модель позволяет аналитикам определить роль ПИН в распространении ВИЧ-инфекции в таких странах, как Мозамбик, Кения, Уганда и Замбия.

В 2009 году Программный координационный совет ЮНЭЙДС озвучил следующие опасения, касающиеся вопроса профилактики ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков:

- Низкий уровень доступа к услугам;
- Несоответствия между национальной и глобальной политикой;
- Нехватка ресурсов;
- Стигматизация и маргинализация лиц, употребляющих наркотики;
- Правовые и политические ограничения по применению опиоидной заместительной терапии;
- Низкий уровень доступа к услугам по тестированию на гепатит С и его лечению;
- Крайне низкий уровень доступа к услугам в тюрьмах;
- Улучшение способов выявления новых эпидемий;
- Внимание к неинъекционным наркотикам и ВИЧ.

Д-р Хэнкинс закончила выступление, описав “Переходный этап в профилактике ВИЧ”, включающий в себя следующее:

- Расширение эффективных стратегий;
- Исследование новых биомедицинских, поведенческих и структурных профилактических стратегий;
- Новые технологии «волшебных пилюль»;
- Разработка, реализация и оценка адаптированных комбинированных мер по профилактике.

## Заключение

Участники согласились, что оказание услуг по ВИЧ/СПИДу в мире отстает от текущего уровня знаний. Даже учитывая заметно выросший за последнее десятилетие уровень знаний и объем направляемых на профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа финансовых ресурсов, все еще существует дефицит знаний о том, как лучше осуществлять действенные меры. Недостаточные темпы трансформации научных знаний в эффективную программную деятельность можно охарактеризовать, как «прикладная задержка».<sup>20</sup>

Прикладная задержка стала серьезным барьером, препятствующим усилиям в области снижения уровня распространения ВИЧ и достижению поставленных целей. В своей презентации д-р Брюс Шакман, представитель медицинского колледжа Вейла Корнелла, привел определение прикладных исследований:

«Прикладное исследование – это научное исследование методов стимулирования интеграции результатов исследований и научно-обоснованных мер в политику в области здравоохранения и практику, способствующих, таким образом, повышению качества и эффективности услуг».

Д-р Шекман отметил, что для развития прикладных исследований необходимо продуктивное сотрудничество между классическими исследователями и практиками, определение уникальной роли ведущих организаций в здравоохранении на глобальном уровне и осуществлении исследований, а также выработка

стратегического подхода к определению приоритетов прикладных исследований.

Презентации участников говорят о том, что достигнут определенный прогресс на пути к достижению поставленных целей. Использование прикладных исследований для развития здравоохранения и снижения прикладной задержки будет следующим шагом в глобальной борьбе против ВИЧ/СПИДа.

## Ссылки

- <sup>1</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, MD, 2008. <http://oas.samhsa.gov/nsduhLatest.htm>
- <sup>2</sup> Hall, H.I., Song, R., Rhodes, P., Prejean, J., An, Q., Lee, L.M., Karon, J., Brookmeyer, R., Kaplan, E.H., McKenna, M.T., & Janssen, R.S. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 300(5), 520–529, 2008.
- <sup>3</sup> HIV prevalence estimates—United States, 2006. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 57, 1073–1076, 2008.
- <sup>4</sup> HIV infection among injection-drug users – 34 states, 2004–2007. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 58, 1291–1295, 2009.
- <sup>5</sup> Daniels, D., Grytdal, S., & Wasley, A. Surveillance for acute viral hepatitis – United States, 2007. *MMWR Surveillance Summary* 58, 1–27, 2009.
- <sup>6</sup> CDC. Reported Tuberculosis in the United States, 2008. Atlanta, GA: September 2009. <http://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2008/default.htm>
- <sup>7</sup> Oeltmann, J.E., Kammerer, J.S., Pevzner, E.S., & Moonan, P.K. Tuberculosis and substance abuse in the United States, 1997–2006. *Archives of Internal Medicine* 169, 189–197, 2009.
- <sup>8</sup> Semaan, S., Des Jarlais, D.C., & Malow, R. Behavior change and health-related interventions for heterosexual risk reduction among drug users. *Substance Use and Misuse* 41, 1349–1378, 2006.
- <sup>9</sup> Xu, F., Sternberg, M.R., Kottiri, B.J., McQuillan, G.M., Lee, F.K., Nahmias, A.J., Berman, S.M., & Markowitz, L.E. Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 296, 964–973, 2006.
- <sup>10</sup> HIV-associated behaviors among injecting-drug users—23 Cities, United States, May 2005–February 2006. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 58, 329–332, 2009.
- <sup>11</sup> CDC. 2009 Compendium of Evidence-Based HIV Prevention Interventions. Vol. 2010. Atlanta, GA: CDC, 2009. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/prs/evidence-based-interventions.htm>
- <sup>12</sup> Syringe exchange programs—United States, 2005. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 56, 1164–1167, 2007.
- <sup>13</sup> Ostrow, D.G., Plankey, M.W., Cox, C., Li, X., Shoptaw, S., Jacobson, L.P., & Stall, R.C. Specific sex drug combinations contribute to the majority of recent HIV seroconversions among MSM in the MACS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 51, 349–355, 2009.
- <sup>14</sup> Plankey, M.W., Ostrow, D.G., Stall, R., Cox, C., Li, X., Peck, J.A., & Jacobson, L.P. The relationship between methamphetamine and popper use and risk of HIV seroconversion in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 45, 85–92, 2007.
- <sup>15</sup> Kapadia, F., Vlahov, D., Wu, Y., Cohen, M.H., Greenblatt, R.M., Howard, A.A., Cook, J.A., Goparaju, L., Golub, E., Richardson, J., & Wilson, T. E. Impact of drug abuse treatment modalities on adherence to ART/HAART among a cohort of HIV seropositive women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 34, 161–170, 2008.
- <sup>16</sup> Department of Health and Human Services. HHS treatment guidelines. 2009. <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/Default.aspx?MenuItem=Guidelines&Search=On>
- <sup>17</sup> Granich, R.M., Gilks, C.F., Dye, C., De Cock, K.M., & Williams, B.G. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: A mathematical model. *Lancet* 373, 48–57, 2009.
- <sup>18</sup> Dieffenbach, C.W. & Fauci, A.S. Universal voluntary testing and treatment for prevention of HIV transmission. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 301, 2380–2382, 2009.
- <sup>19</sup> Rerks-Ngarm, S., Pitisuttithum, P., Nitayaphan, S., Kaewkungwal, J., Chiu, J., Paris, R., Prensri, N., Namwat, C., de Souza, M., Adams, E., Benenson, M., Gurunathan, S., Tartaglia, J., McNeil, J.G., Francis, D.P., Stablein, D., Birx, D.L., Chunsuttiwat, S., Khamboonruang, C., Thongcharoen, P., Robb, M.L., Michael, N.L., Kulasol, P., Kim, J.H., & the MOPH-TAVEG Investigators. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *New England Journal of Medicine* 361, 2209–2220, 2009.
- <sup>20</sup> Office of AIDS Research. Report From the Expert Consultation on Implementation Science Research: A Requirement for Effective HIV/AIDS Prevention and Treatment Scale-Up. Cape Town, South Africa, 2009. <http://www.pgaf.org/articles/pangaea-assists-implementation-science.html>





## Глава 3. Комплексные подходы к профилактике ВИЧ у людей, употребляющих наркотики

Употребление и злоупотребление психоактивными веществами ассоциируется с повышенным риском ВИЧ-инфекции. Риск заражения увеличивается в случае употребления наркотиков во время половых контактов, контактов без использования презерватива, а также в случае продажи сексуальных услуг. Поведение, связанное с употреблением инъекционных наркотиков, является серьезным фактором, способствующим распространению ВИЧ-инфекции, хотя потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют лишь небольшую часть населения. На глобальном уровне от 5% до 10% случаев заражения ВИЧ вызваны использованием зараженного инъекционного инструментария.<sup>1</sup> Если исключить территорию Африки к югу от Сахары, то этот показатель вырастет до 30%.<sup>2</sup> В отдельных регионах мира превалирует поведение, которое напрямую связывает употребление алкоголя и неинъекционных наркотиков и риск ВИЧ (например, употребление алкоголя гетеросексуалами на территории Африки южнее Сахары, употребление клубных наркотиков мужчинами, имеющими секс с мужчинами).<sup>3</sup> Кроме того, использование психоактивных веществ в сочетании с психологическими проблемами и психическими расстройствами подпитывает распространение эпидемии ВИЧ.<sup>4-5</sup> Недавние исследования показали, что использование психоактивных веществ может негативно сказаться на прогрессировании заболевания ВИЧ-инфекцией<sup>6-7</sup> и результатах лечения вследствие более низкой приверженности лечению и уходу.<sup>8-10</sup>

В своей презентации д-р Эван Вуд, представитель Центра Британской Колумбии по совершенствованию лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа, рассмотрел необходимость использования комплексных профилактических стратегий для предотвращения распространения ВИЧ у потребителей наркотиков. Он отметил, что использование текущих

комплексных стратегий профилактики является наиболее надежным и экономически эффективным способом предотвращения распространения ВИЧ-инфекции у групп, употребляющих наркотики, в условиях отсутствия вакцины или лекарства против СПИДа.<sup>11-12</sup> Комплексная профилактика ВИЧ включает в себя набор компонентов, таких как лечение наркотической зависимости, аутрич-работа на уровне сообществ и программы обмена шприцев и игл (ПОШ). Такие стратегии снижают риск ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передающихся через кровь, таких как гепатит В (ВГВ), гепатит С (ВГС) и других заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП).

В данной главе рассматривается важность включения потребителей наркотиков, особенно ПИН, в комплексные междисциплинарные подходы к профилактике и лечению ВИЧ. В этой главе также описывается распространенность ВИЧ у ПИН, взаимосвязь между ВИЧ/СПИДом и злоупотреблением психоактивными веществами, а также проблемы, стоящие перед ВИЧ-инфицированными потребителями наркотиков. Здесь также представлены текущие стратегии профилактики и лечения, и рассказывается о роли эффективного лечения злоупотребления психоактивными веществами в предотвращении распространения ВИЧ. Подробно рассмотрено лечение наркотической зависимости у ПИН, использующих опиаты, представлена актуальная информация по метамфетамину, другим стимуляторам, клубным наркотикам и злоупотреблению алкоголем. Употребление инъекционных наркотиков является движущей силой эпидемии ВИЧ в Восточной Европе, Юго-Восточной и Центральной Азии, Северной Африке и южном конусе Южной Америки,<sup>13</sup> но для обуздания эпидемии у ПИН выделяются лишь незначительные ресурсы, несмотря на существование эффективных научно-обоснованных программ для ПИН.<sup>14</sup> Таким образом, делается акцент на

комплексную интегрированную профилактику ВИЧ у этой группы населения.

## Ситуация в области комплексной профилактики ВИЧ у ПИН

Употребление инъекционных наркотиков является серьезной проблемой здравоохранения международного значения. Хотя ПИН находятся в зоне высокого риска заражения ВИЧ, уровень внимания международного сообщества к данной проблеме и объем ресурсов, выделяемых на научно-обоснованную профилактику ВИЧ в этой группе, остаются недостаточными.<sup>15</sup> Более того, хотя за несколько последних десятилетий получена масса новых знаний об эффективных научно-обоснованных программах профилактики для ПИН,<sup>16</sup> в ряде случаев большее внимание уделяется подходам, которые не основаны на фактических данных, а для их реализации выделяется больше ресурсов. К примеру, хотя существует множество подтверждений тесной связи между лишением свободы, поведением, связанным с риском ВИЧ, и передачей ВИЧ у ПИН,<sup>17-19</sup> внимание мирового сообщества было сосредоточено на обеспечении соблюдения законов о наркотиках<sup>20</sup>.

### Распространенность ВИЧ у ПИН

В ходе встречи д-р Крис Бейрер, представитель Центра Джона Хопкинса по вопросам общественного здоровья и правам человека, рассуждал о распространенности ВИЧ у ПИН. Ссылаясь на статью Матерса и др. (2008),<sup>21</sup> он отметил, что:

- Употребление инъекционных наркотиков было выявлено в 148 странах;
- Согласно оценкам, около 15,9 миллионов человек по всему миру могут употреблять инъекционные наркотики;
- Самое большое число ПИН в Китае, США и России (уровень распространенности ВИЧ у ПИН в этих странах по оценкам составляет 12%, 16%, и 37% соответственно);
- Распространенность ВИЧ у ПИН находится на уровне от 20 до 40% в пяти странах (Россия, Испания, Камбоджа, Вьетнам и Ливия) и выше 40% в девяти странах (Эстония, Украина, Бирма,

Индонезия, Таиланд, Непал, Аргентина, Бразилия и Кения);

- Около 3.0 миллионов человек, употребляющих инъекционные наркотики, могут быть ВИЧ-инфицированы.

Д-р Бейрер отметил, что, согласно оценкам числа людей, употребляющих инъекционные наркотики, в глобальном масштабе, самые высокие показатели выявлены в Восточной Европе и Центральной Азии.<sup>21</sup> Он представил данные по ПИН в этих странах в процентах от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции:

- 80% от общего числа случаев ВИЧ-инфекции в регионе приходится на ПИН;
- 62% новых случаев инфекции в 2007 году было у ПИН;
- На Россию и Украину приходится свыше 90% от общего числа случаев инфекции в регионе, более чем две трети из них – у ПИН; и
- На ПИН приходится 60% случаев ВИЧ-инфекции в Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, России, Украине, Таджикистане и Узбекистане.

Д-р Стефани Стратди из Калифорнийского университета в Сан-Диего отметила растущую озабоченность по поводу эпидемии ВИЧ-инфекции у ПИН в странах Африки южнее Сахары на фоне и без того высоких показателей распространенности ВИЧ в ряде стран (например, в Нигерии, Кении, Танзании и Южной Африке). Данные свидетельствуют о значительном сокращении разрыва между потребителями инъекционных и неинъекционных наркотиков за счет незащищенных половых контактов. Это подчеркивает важность изучения вопроса сокращения разрыва между данными подгруппами. Хотя эпидемия в Африке еще не изучена полностью, данные по Южной Африке говорят о том, что это зарождающаяся эпидемия. Данные о масштабах употребления инъекционных наркотиков по многим странам Африки, Ближнего Востока и Латинской Америки отсутствуют.

Д-р Стратди отметила, что с конца 1980-х годов уровень заболеваемости ВИЧ у ПИН в США снизился на 80%<sup>21</sup>. Тем не менее, на употребление

инъекционных наркотиков по-прежнему приходится значительная доля новых случаев ВИЧ-инфекции, особенно учитывая косвенную роль употребления инъекционных наркотиков в передаче ВИЧ посредством гетеросексуальных контактов. В 2007 году употребление инъекционных наркотиков было на третьем месте среди наиболее распространенных факторов риска ВИЧ-инфекции, после половых контактов мужчин с мужчинами и гетеросексуальных контактов с высоким уровнем риска. По словам д-ра Стратди, расовые различия являются самой характерной чертой эпидемии ВИЧ у ПИН в США.<sup>22</sup> С 2004 по 2007 год чернокожие составляли 57,5% ВИЧ-инфицированных ПИН, белые – 21,4%, выходцы из Латинской Америки – 19,1%, американские индейцы и коренные жители Аляски – 0,6%, азиаты – 0,4%, коренные жители Гавайских и других тихоокеанских островов – 0,1%.

### **Эффективная программная деятельность по ВИЧ**

Эффективные программы по профилактике ВИЧ могут предотвращать распространение ВИЧ-инфекции в социальных группах с низким уровнем распространенности<sup>23</sup> и сдерживать эпидемии в рамках этих социальных групп.<sup>24</sup> Несмотря на множество доказательств, подтверждающих эффективность различных программ по профилактике ВИЧ, многим странам еще только предстоит реализовать такого рода меры в доступной и справедливой форме<sup>25-26</sup>. Для достижения консенсуса и расширения доступа к этим программам, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), УНП ООН и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) совместно разработали техническое руководство для стран по определению целей в сфере универсального доступа к профилактике, уходу и лечению ВИЧ у ПИН.<sup>27</sup> Важным элементом данного технического руководства является понятие комплексности и интеграции, направленной на стабильное снижение риска заболевания ВИЧ-инфекцией.<sup>28</sup> Комплексный пакет мер по профилактике, уходу и лечению ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков, предлагаемый техническим руководством ЮНЭЙДС/УНП ООН/ВОЗ, включает в себя следующее:

1. Программы обмена игл и шприцев (ПОШ);

2. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и другие виды лечения наркотической зависимости;
3. Консультирование и тестирование на ВИЧ;
4. Антиретровирусная терапия (АРТ);
5. Профилактика и лечения заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП);
6. Распространение презервативов среди ПИН и их партнеров;
7. Целевая информация, образование и коммуникации;
8. Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов;
9. Профилактика, диагностика и лечение ТБ.

Большинство этих мер детально описано в данном отчете. Однако основное внимание в ходе консультационной встречи было уделено тому факту, что расширение доступа к антиретровирусной терапии все чаще рассматривается в качестве высокоэффективной стратегии профилактики ВИЧ.<sup>29-31</sup> Последние результаты математического моделирования, проведенного ВОЗ, говорят о том, что универсальное добровольное тестирование на ВИЧ в сочетании с незамедлительным расширением АРТ могут в значительной степени остановить распространение ВИЧ-инфекции в течение 10 лет.<sup>32</sup> Учитывая эти выводы, не так уж и удивительно, что обе данные меры (т.е. добровольное тестирование и АРТ) рекомендованы для ПИН.<sup>28</sup> Кроме того, ПИН могут успешно проходить лечение от ВИЧ. Систематические наблюдения показывают, что многие ПИН способны придерживаться АРТ, так же, как и потребители неинъекционных наркотиков.<sup>33</sup> Следовательно, обе группы получают одинаковую выгоду с точки зрения улучшения показателей выживаемости.<sup>34</sup> Учитывая явную пользу от АРТ, как на индивидуальном уровне, так и на уровне населения в целом, вопрос универсального доступа ПИН к лечению ВИЧ должен рассматриваться как приоритетный.

### **Интеграция услуг и систем**

Потребители наркотиков и их сообщества постоянно подвержены воздействию факторов риска, связанных с ВИЧ и другими патогенами, передающимися

через кровь.<sup>25</sup> Исследования показывают, что для эффективного решения этих проблем необходимы комплексные, доступные и приемлемые с точки зрения культуры, меры по профилактике.<sup>35</sup> В частности, существует множество доказательств того, что объединение однонаправленных программ по профилактике ВИЧ может в значительной степени снизить риск инфекции.<sup>28</sup> Например, результаты мета-анализа программ по снижению поведенческого риска у ПИН показывают, что применяемые меры наиболее успешны, когда они в равной степени сконцентрированы на рисках инфекции, связанных с употреблением наркотиков и сексуальными контактами.<sup>36</sup> Поскольку поведенческие риски, связанные с сексуальными отношениями, часто наблюдаются вместе с рисками, связанными с употреблением инъекционных наркотиков,<sup>37</sup> ПОШ и другие программы по снижению вреда более успешны в профилактике ВИЧ, если в деятельность существующих программ по обмену шприцев интегрированы услуги по консультированию в области сексуального поведения и раздаче презервативов.<sup>38-39</sup>

Интегрирование других профилактических услуг в ПОШ дает ощутимые результаты. Исследование когорты ПИН в Амстердаме показало, что ПОШ влияли на сокращение случаев заболевания ВИЧ-инфекцией и гепатитом С только в сочетании с метадоновой терапией.<sup>40</sup> Повышение мотивации и управление ситуацией (мотивирование к воздержанию от приема наркотиков) повышает готовность активных участников ПОШ к лечению от злоупотребления психоактивными веществами.<sup>41</sup> В рамках ПОШ можно поддерживать регулярные контакты между специалистами и уязвимыми потребителями наркотиков, что, соответственно, создает условия для развертывания других услуг по профилактике ВИЧ. Существуют примеры успешной интеграции услуг по лечению от наркотической зависимости в другие программы снижения вреда. К примеру, никаких сомнений не вызывает способность пунктов контролируемого инъекционного введения наркотиков снижать вероятность использования нестерильного инъекционного инструментария.<sup>42</sup> Кроме того, интеграция услуг по консультированию по вопросам наркотической зависимости в рамках деятельности пунктов обмена шприцев стимулирует использование услуг по детоксикации.<sup>43-44</sup>

Комплексное предоставление услуг оказывает синергетический положительный эффект на состояние здоровья населения, включая снижение распространения ВИЧ у потребителей наркотиков.

Накоплен значительный объем данных по передаче ВИЧ от ПИН к их партнерам через незащищенные контакты и другие типы сексуального поведения, связанные с риском ВИЧ.<sup>45-46</sup> Поэтому меры, способствующие снижению риска, включая распространение презервативов, тестирование на ЗППП и обеспечение доступа к услугам сексуального здоровья, являются неотъемлемой частью комплексной профилактики. Мета-анализ поведенческих программ, ориентированных на использование презервативов, показал, что такого рода меры приемлемы для ПИН и ведут к стабильному, хотя и незначительному, снижению риска.<sup>47</sup> Хотя рекомендованный набор компонентов для мер по эффективному снижению риска, связанного с сексуальным поведением, отсутствует, программы, основывающиеся на различных базовых теориях, а также те, которые направлены на ролевое моделирование, внедрение в практику особых навыков и на усиление социальной поддержки, показали наибольшую эффективность.<sup>48</sup> Следует отметить, что эти меры не должны применяться отдельно от программ, ориентированных на проблему употребления наркотиков. К примеру, оценка двух комплексных образовательных программ для женщин, употребляющих наркотики, показала значительное снижение частоты потребления наркотиков, случаев использования нестерильного инъекционного инструментария, секс-работы и незащищенных половых контактов.<sup>49-50</sup>

Эффективная профилактика ВИЧ должна быть комплексной не только с точки зрения мер по охране общественного здоровья. Необходимо смотреть на проблему шире, с точки зрения других секторов, а также активно вовлекать организации, которые традиционно работают вне сектора здравоохранения. Эффективная интеграция мер правопорядка в программы по охране здоровья во многих случаях имеет исключительно важное значение для успешных интервенций по профилактике ВИЧ у ПИ.<sup>51</sup> Ряд авторов призывают усилить координацию между органами правопорядка и инициативами в области общественного здоровья в целях снижения

распространения ВИЧ, подчеркивая, что эти две системы могут слаженно работать вместе, не вызывая негативной реакции. Необходимы дополнительные исследования, чтобы понять, как оптимально построить такого рода сотрудничество<sup>52-53</sup>.

## Сложности, связанные с потребителями наркотиков

В течение последних двух десятилетий использование нестерильного инъекционного инструментария способствовало увеличению числа новых случаев заражения в различных регионах мира, включая Восточную Европу, Восточную и Юго-Восточную Азию, и Южную Америку.<sup>21</sup> Вуд и др. проанализировали результаты опубликованных исследований, содержащихся в 9 академических базах данных, с целью изучения факторов, препятствующих и способствующих лечению ВИЧ у ПИН.<sup>54</sup> Они отметили, что хотя применяемые АРТ существенно повлияли на снижение уровней заболеваемости ВИЧ-инфекцией и смертности, лечение ВИЧ представляет значительные трудности.

Серьезную озабоченность вызывает вопрос доступа к лечению. Вуд и др. установили, что даже в условиях широкой распространенности ВААРТ ПИН реже прибегают к терапии, чем другие группы с ВИЧ.<sup>54-55</sup> Кроме того, ПИН, как правило, начинают ВААРТ на более поздних стадиях ВИЧ, часто после развития СПИД-определяющих заболеваний.<sup>10, 56</sup> Факторы, объясняющие низкий уровень доступа к лечению, можно разбить на группы: социально-структурные, индивидуальные и связанные с поставщиками услуг.<sup>54</sup> Социально-структурные проблемы возникают как следствие национальных стратегий в отношении незаконного оборота наркотиков, использующих уголовные санкции для обособления ПИН и, тем самым, создающих «скрытое население», выход на которое через услуги по профилактике и лечению сильно затруднен. Проблемы индивидуального характера включают в себя мнение потребителей инъекционных наркотиков о том, что побочные эффекты ВААРТ будут невыносимыми. Существует также спектр проблем, связанных с низкой самоэффективностью и сомнениями относительно способности придерживаться ВААРТ. Прочие факторы индивидуального уровня, препятствующие доступу к лечению ВИЧ, включают в себя психические

заболевания, нестабильность, связанную с зависимостью, ограниченную социальную поддержку и отсутствие постоянного места жительства. Факторы, связанные с поставщиками, возникают при нежелании врачей назначать ВААРТ ПИН, даже когда те проявляют интерес. Некоторые врачи считают, что ПИН не будут придерживаться ВААРТ, что в случае лечения степень риска только вырастет, и что у пациентов может развиваться и передаваться ВИЧ, резистентный к антиретровирусным препаратам. Последнее из предположений вообще не подкреплено фактами.

Результаты недавнего исследования, проведенного Ульманом и др. (2010), подтверждают мнение о том, что при определенных условиях потребители наркотиков могут начинать прием антиретровирусной терапии и в дальнейшем демонстрировать приверженность лечению. Исследователи наблюдали за когортой ВИЧ-инфицированных ПИН, не получавших ранее антиретровирусных препаратов, чтобы установить, может ли поддерживающая терапия метадоном (ПТМ) побудить к АРТ. Исследование проводилось в Ванкувере (Канада), где в рамках программы по антиретровирусной терапии, действующей на территории всей провинции, разрешалось вести конфиденциальные записи, что позволило сделать достаточно точные выводы, включая информацию о сроках начала АРТ и дальнейшей приверженности терапии. Исследование показало, что та часть выборки из ВИЧ-инфицированных ПИН, не получавших ранее антиретровирусных препаратов, которая проходила курс ПТМ, быстрее начинала прием АРТ, чем оставшаяся часть. Кроме того, пациенты, проходившие курс ПТМ, в дальнейшем показывали большую приверженность к антиретровирусной терапии. ПТМ представляется эффективной и недостаточно используемой стратегией повышения доступа к услугам по уходу. Исследователи отметили, что интенсивное употребление наркотиков не является противопоказанием к АРТ, поскольку применение ПТМ может обеспечить большую степень приверженности к терапии.<sup>57</sup>

Второй набор барьеров, препятствующих лечению ВИЧ у ПИН, связан с приверженностью лечению, особенно в случае лишения свободы, которое является самым серьезным социально-структурным фактором. Индивидуальные барьеры включают в себя нестабильность, связанную с высокоинтенсивным употреблением наркотиков, низкую самоэффективность, а также вероятность сочетанного гепатита С, который может усилить побочные эффекты ВААРТ и ограничить переносимость терапии. К факторам, связанным с поставщиками, относятся недостаток понимания социальных проблем, с которыми сталкиваются ПИН, а также расстояние между поставщиком и местом жительства ПИН. Следует отметить, что исследования неоднократно подтверждали способность многих ПИН придерживаться ВААРТ. Кроме того, результаты этического анализа говорят о том, что врачам не следует отказывать пациентам в ВААРТ только на том основании, что они сомневаются в их способности следовать схеме лечения.

Результаты недавнего исследования, проведенного Ульманом и др. (2010), подтверждают мнение о том, что при определенных условиях потребители наркотиков могут начинать прием антиретровирусной терапии и в дальнейшем демонстрировать приверженность лечению. Исследователи наблюдали за когортой ВИЧ-инфицированных ПИН, не получавших ранее антиретровирусных препаратов, чтобы установить, может ли поддерживающая терапия метадон (ПТМ) побудить к АРТ. Исследование проводилось в Ванкувере (Канада), где в рамках программы по антиретровирусной терапии, действующей на территории всей провинции, разрешалось вести конфиденциальные записи, что позволило сделать достаточно точные выводы, включая информацию о сроках начала АРТ и дальнейшей приверженности терапии. Исследование показало, что та часть выборки из ВИЧ-инфицированных ПИН, не получавших ранее антиретровирусных препаратов, которая проходила курс ПТМ, быстрее начинала прием АРТ, чем оставшаяся часть. Кроме того, пациенты, проходившие курс ПТМ, в дальнейшем показывали большую приверженность к антиретровирусной терапии. ПТМ представляется эффективной и недостаточно используемой стратегией повышения доступа к услугам по уходу. Исследователи отметили,

что интенсивное употребление наркотиков не является противопоказанием к АРТ, поскольку применение ПТМ может обеспечить большую степень приверженности к терапии.

В своей презентации д-р Нора Волков, директор Национального института наркологии (NIDA), перечислила барьеры, препятствующие доступу и приверженности, и представила следующие (адаптированные)<sup>54</sup> стратегии их преодоления:

Социо-структурные стратегии:

- Низкопороговые программы;
- Услуги посредством аутрич-работы;
- Расширение тестирования на ВИЧ;
- Снижение финансовых барьеров;
- Улучшенное материально-техническое обеспечение тюрем.

Индивидуальные стратегии:

- Лечение зависимости;
- Психиатрическое лечение;
- Обеспечение жильем;
- Повышение самоэффективности.

Стратегии для поставщиков услуг:

- Немедленный прием у врача;
- Доступ к препаратам на местах;
- Междисциплинарные клиники;
- Содействие в соблюдении схем лечения;
- Ежедневно наблюдаемая терапия;
- Сопровождение;
- Большой опыт в работе с ВИЧ.

Дополнительные стратегии решения индивидуальных проблем и проблем обеспечения описаны Вудом и др.<sup>54</sup> Они включают в себя улучшение медицинского страхования и бесплатный доступ к услугам здравоохранения. Общение с врачами, имеющими опыт работы с ВИЧ, могут повысить

самоэффективность пациентов и вызвать заинтересованность в ВААРТ. Повышенная стабильность в результате лечения от наркотической зависимости и услуг по обеспечению жильем могут повлиять на нежелание врачей назначать ВААРТ. Некоторые клинические характеристики связаны с улучшением приема и приверженности ВААРТ. Гибкие, комплексные и междисциплинарные модели обеспечения особенно эффективны. Основные свойства таких программ включают доступ к препаратам на месте, медицинский персонал с опытом работы с ВИЧ, обслуживание без предварительной записи, непосредственная близость к дому и сопровождение пациентов. Следует также рассматривать возможность совмещения ВААРТ с поддерживающей терапией метадонном или бупренорфином. Однако применение данного подхода требует знания возможных последствий взаимодействия препаратов. Обучение врачей всем аспектам лечения ВИЧ и наркотической зависимости может значительно повысить результативность ухода за пациентами. В целом, любая попытка сократить разрыв между потребителями наркотиков и системами здравоохранения положительно скажется на ВИЧ-положительных потребителях наркотиков.

Кроме того, структурные, правовые и организационные меры также могут значительно повысить успешность комплексных программ по профилактике ВИЧ.<sup>58</sup> К примеру, есть масса подтверждений того, что определенные действия правоохранительных органов, включая карательные меры, редко приводят к сокращению употребления наркотиков; они могут даже препятствовать усилиям в области профилактики ВИЧ, отдаляя потребителей наркотиков от услуг системы здравоохранения.<sup>59-61</sup> Арест и заключение потребителей наркотиков под стражу как правило не сдерживают людей от употребления наркотиков и не уменьшают степень риска.<sup>62-63</sup> Преодоление структурных барьеров в условиях стремительно растущих эпидемий, движимых инъекционным потреблением наркотиков (например, в России, Украине), должно рассматриваться в качестве ключевого компонента реализации и расширения повсеместно доступных мер по профилактике ВИЧ.<sup>64-65</sup>

## **Меры для людей, употребляющих наркотики**

С середины 1980-х годов Национальный институт наркологии США (NIDA) проводил обширные исследования эффективности стратегий по профилактике распространения ВИЧ у людей, употребляющих наркотики, особенно у потребителей инъекционных наркотиков и крэка.<sup>11</sup> Дополнительные меры, признанные самыми эффективными в рамках комплексного подхода к профилактике ВИЧ, включают лечение наркотической зависимости, программы обмена шприцев и игл, аутрич-работу на базе сообществ, а также услуги по тестированию и консультированию. Эти подходы детально рассмотрены в нижеследующих подразделах.

### **Лечение наркотической зависимости**

Лечение наркозависимости является методом профилактики распространения ВИЧ. При снижении потребления психоактивных веществ, в жизни людей часто происходят здоровые изменения, такие как более здоровые отношения, более рациональные решения относительно сексуального поведения, а также желание работать. Люди, демонстрирующие просоциальное поведение во время восстановления, расширяют свои социальные связи с друзьями и родственниками, что дает им столь необходимую поддержку и стимул не употреблять наркотики. В случае с людьми с ВИЧ, решения относительно сексуального поведения, принимаемые не под влиянием психоактивных веществ, сокращают вероятность передачи инфекции другим людям, а также защищают от других болезней. Таким образом, лечение наркотической зависимости выступает в роли как первичной, так и вторичной профилактики.<sup>66-68</sup>

Потребители наркотиков, начинающие и продолжающие лечение, менее подвержены рискам, например, связанным с использованием нестерильного инъекционного инструментария или незащищенными половыми контактами, нежели те, кто не прибегают к лечению. Продолжительные клинические исследования, в рамках которых проводилось наблюдение за изменениями в поведении, связанном с риском ВИЧ, у пациентов, проходящих лечение, показали, что более длительное лечение и его завершение снижают риск ВИЧ-инфекции.<sup>68</sup> Лечение наркотической зависимости

может проводиться в различных условиях (например, стационарное, амбулаторное или по месту жительства); при этом часто используются различные подходы, включая поведенческую терапию, медикаменты или и то, и другое. Научно-обоснованное лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ имеет решающее значение для профилактики ВИЧ и других положительных результатов у потребителей наркотиков. Существующие методы лечения наркотической зависимости детально описаны далее в этой главе.

### **Аутрич-работа на базе сообществ**

Аутрич-работа на местах является эффективным подходом для выхода на потребителей наркотиков на территории их сообществ и дает возможность снизить поведенческие риски, связанные с употреблением наркотиков и сексуальными контактами. Данный подход опирается на аутрич-работников, которые обычно проживают на территории сообщества или же знакомы с местной субкультурой потребителей наркотиков. Они находятся в уникальном положении, позволяющем им обучать своих подопечных и мотивировать их к прекращению употребления наркотиков, снижая тем самым риск ВИЧ и других инфекций, передающихся через кровь. Аутрич-работники распространяют образовательную информацию по ВИЧ/СПИД, наборы для дезинфекции инъекционного инструментария, когда стерильный инструментарий недоступен, а также презервативы для более безопасных сексуальных контактов. Они также дают потребителям наркотиков направления на лечение от наркотической зависимости, в пункты раздачи и обмена шприцев, а также в программы по тестированию ВИЧ, ВГВ и ВГС и консультированию.

Аутрич-работа открывает доступ к ПИН и, поэтому, рассматривается как ключевой фактор успешной реализации многих программ по профилактике ВИЧ. Два комплексных обзора мер по аутрич-работе на базе сообществ подтверждают, что эти программы охватывают значительную долю ПИН, находящихся в зоне повышенного риска, и способствуют устойчивому снижению риска, связанного с ВИЧ.<sup>69-70</sup> Участие в таких программах также снижает риск сероконверсии ВИЧ у ПИН, не проходящих лечение.<sup>71</sup> Меры, основывающиеся на аутрич-работе, снижают риск ВИЧ не только у отдельных людей, но и в

группах высокого риска.<sup>72-73</sup> Учитывая множество фактов, подтверждающих успешность программ по аутрич-работе, не следует недооценивать важность и эффективность этих мер.

### **Программы обмена шприцев и игл**

Программы обмена шприцев и игл (ПОШ) дополняют аутрич-работу на базе сообществ и лечение наркотической зависимости, обеспечивая стерильными шприцами и прочими услугами потребителей наркотиков, которые не проходят лечение или проходят, но продолжают использовать инъекционные наркотики. Данные программы помогают вывести из оборота потенциально зараженный инъекционный инструментарий. Они также служат мостом к активным потребителям, не проходящим лечение, снабжая их информацией о ВИЧ/СПИДе и материалами (например, наборами для обеззараживания и презервативами) с целью снижения риска, предлагая возможности консультирования и тестирования на ВИЧ, а также предоставляя направления на лечение от наркотической зависимости и другие социальные услуги. В этой связи, важно чтобы услуги лечения от наркотической зависимости и пр. были доступны для потребителей наркотиков, которые были направлены для участия в этих программах.

Ряд исследований показал, что ПОШ способны снизить риски, связанные с употреблением инъекционных наркотиков,<sup>74</sup> и заболеваемость ВИЧ<sup>75</sup> у ПИН, которые имеют доступ к этим пунктам. Кроме того, по данным нескольких обзоров, существует масса фактов, подтверждающих эффективность, безопасность и экономическую эффективность этих программ.<sup>76-77</sup> Есть серьезные отличия в осуществлении и предоставлении услуг ПОШ, особенно в аспекте наличия шприцев и масштаба программ. Программы с высоким уровнем охвата и менее строгими требованиями по утилизации шприцев как правило более эффективны в ограничении распространения ВИЧ, чем более строгие программы,<sup>62,78</sup> и поэтому, именно первые так настоятельно и рекомендуются ВОЗ.<sup>38</sup>

### **Услуги по консультированию и тестированию и обеспечение доступа к уходу**

Услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ являются важной частью комплексных программ по

профилактике ВИЧ. Эти услуги наиболее эффективны, когда доступен ряд анонимных и конфиденциальных вариантов тестирования в различных доступных условиях (например, мобильные клиники) с приёмом в нестандартное время. Самые последние технологии экспресс-тестирования могут быть особенно полезны. Они позволяют потребителям наркотиков и людям, входящим в группу риска, максимально быстро получить результаты тестирования, продумать дальнейшие действия по прекращению употребления наркотиков и сокращению риска передачи ВИЧ другим людям, а также получить направление для получения соответствующих услуг по лечению наркотической зависимости, ВИЧ и других услуг. Добровольное тестирование и обеспечение доступа к АРТ для людей с ВИЧ особенно важно для групп населения, употребляющих инъекционные наркотики.<sup>28</sup> Специалисты, проводящие консультирование и тестирование на ВИЧ, также могут информировать потребителей наркотиков о потенциальных рисках заражения ВГВ и ВГС и объяснять, почему так важно проходить тестирование на эти и другие заболевания, передающиеся через кровь и половым путем. Персонал также обучается помогать людям, у которых обнаружен ВИЧ и другие инфекции, информировать своих сексуальных партнеров о потенциальных рисках инфицирования и о необходимости получить консультирование и пройти тестирование.

## Лечение наркотической зависимости как профилактика ВИЧ

В ходе встречи д-р Чарльз О'Брайен, представитель Центра по исследованию вопросов лечения факультета психиатрии Университета Пенсильвании, рассказал о существующих методах лечения от наркозависимости и их эффективности в сокращении распространения ВИЧ. По словам д-ра О'Брайена, эффективное лечение злоупотребления психоактивными веществами предотвращает распространение ВИЧ по следующим причинам:

- Лечение снижает частоту использования незаконных наркотиков;
- Снижает поведенческие риски, связанные с употреблением наркотиков;

- Приводит к меньшему числу новых случаев инфицирования;
- Увеличивает доступ пациентов к лечению ВИЧ и услугам первой помощи.

Он отметил, что адекватное лечение ВИЧ и расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, требует комплексной оценки расстройства, любых психиатрических и других сопутствующих заболеваний, а также использования соответствующих медицинских и социальных услуг. Медицинское лечение от зависимости зачастую необходимо для обеспечения стабильности пациента перед началом лечения ВИЧ и сопутствующих заболеваний.

### **Модели лечения злоупотребления психоактивными веществами**

Наркотическая зависимость – это сложное заболевание, характеризующееся интенсивной и, порой, неконтролируемой жадой наркотиков, вынуждающей человека искать и использовать наркотики даже на фоне возможных непоправимых последствий.<sup>79</sup> Хотя путь к наркотической зависимости начинается с добровольного употребления наркотиков, со временем способность человека контролировать свои желания утрачивается, а жажда поиска и использования наркотиков становится неконтролируемой. Такое поведение во многом вызвано длительным воздействием наркотиков на мозг. Зависимость – это заболевание мозга, которое воздействует на многие функции мозга, отвечающие за мотивацию, обучение, память и контроль поведения.

Учитывая, что у злоупотребления наркотиками и зависимости масса проявлений, имеющих сильное воздействие на различные аспекты жизни человека, это лечение – задача не из простых. Эффективные программы лечения, как правило, состоят из множества компонентов, каждый из которых направлен на определенный аспект болезни или ее последствий. Лечение зависимости призвано помочь человеку прекратить употреблять наркотики, поддерживать образ жизни без наркотиков, стать полноценным членом семьи, коллектива, общества. Поскольку в большинстве случаев зависимость – это хроническая болезнь, люди не могут просто на несколько дней прекратить употреблять наркотики

и излечиться. Для большинства пациентов требуется долгосрочное лечение для достижения конечной цели – устойчивого воздержания от употребления наркотиков и восстановления нормального образа жизни.

**Лечение зависимости от опиатов.** Программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) подразумевают назначение пациенту опиоидного препарата со схожими свойствами, но меньшей степенью риска.<sup>1</sup> Существует два основных типа программ: программы детоксикации, когда доза вещества-агониста постепенно сокращается, пока пациент не начнет обходиться без наркотиков; и замещающие или поддерживающие программы, когда более высокая доза вещества-агониста назначается на более длительный срок. Есть масса фактов, подтверждающих, что ОЗТ способствует прекращению использования нелегальных опиатов и снижает риск ВИЧ-инфекции, связанный с употреблением инъекционных наркотиков.<sup>68,80</sup> ОЗТ также способствует большей приверженности антиретровирусной терапии и достижению более эффективных результатов лечения ВИЧ-положительных ПИН1. Как уже говорилось ранее в этой главе, недавно опубликованное исследование Ульмана и др. (2010) показывает, что та часть выборки из использующих опиаты ВИЧ-инфицированных ПИН, не получавших ранее антиретровирусных препаратов, которая проходила курс поддерживающей терапии метадонном (ПТМ), прибегала к АРТ быстрее, чем часть, не получавшая ПТМ.<sup>57</sup> Кроме того, пациенты, получавшие ПТМ, в дальнейшем демонстрировали большую приверженность к антиретровирусной терапии.

По данным обзора, опубликованного Кохрановской библиотекой, ОЗТ снижает поведенческие риски, связанные с употреблением инъекционных наркотиков, и, таким образом, препятствует распространению ВИЧ; однако лишь немногочисленные факты подтверждают влияние ОЗТ на риски, связанные с сексуальным поведением.<sup>81</sup> Метадон является наиболее изученным и широко применяемым в лечении от опиоидной зависимости препаратом-агонистом. Одна доза метадона предотвращает проявление абстинентного синдрома в течение 24 часов.

Бупренорфин все чаще используется как альтернатива метадона, кроме случаев, когда у пациента имеется высокий уровень толерантности к героину. Бупренорфин – частичный агонист, обладающий достаточным действием, схожим с действием морфина, для замещения героина, предотвращения проявления абстинентного синдрома и снижения жажды принять наркотик. Его можно принимать менее часто, чем метадон; риск передозировки при его применении ниже.<sup>1</sup> Поскольку существует риск злоупотребления, бупренорфин применяется вместе с налоксоном — антагонистом опиоидных рецепторов, который малоэффективен при приёме внутрь — в виде препарата субоксон. При введении субоксона внутривенно антагонист налоксон блокирует чувство эйфории. Д-р О'Брайен отметил, что комбинация частичного агониста бупренорфина с налоксоном дает новые возможности лечения при ВИЧ.<sup>82-83</sup> Программы ОЗТ являются платформой для лечения и ухода в связи с ВИЧ, включая проведение АРТ под непосредственным наблюдением для ВИЧ-положительных людей с опиоидной зависимостью, а также для лечения оппортунистических инфекций, таких как туберкулез.<sup>28</sup>

Важно отметить, что были проведены исследования серий случаев, а также тщательно контролируемое изучение фармакокинетического взаимодействия метадона с большинством одобренных видов антиретровирусной терапии. Важные фармакокинетические взаимодействия наблюдались при применении различных классов агентов, которые влияли либо на метадон, либо на антиретровирусные препараты. Бупренорфин исследован в меньшей степени. Известны некоторые типы взаимодействия метадона с антиретровирусными препаратами, которые могут привести к определенным последствиям. Для оптимизации лечения следует внимательно следить за взаимодействием препаратов и обладать базовыми знаниями об управлении ими.<sup>84</sup>

Налтрексон, опиоидный антагонист, часто эффективен при лечении опиоидной зависимости у людей с высокой степенью мотивации, например, врачей, фармацевтов, медсестер; условно-досрочно освобожденных и условно осужденных; а также в странах, где агонисты недоступны.<sup>85-86</sup> В отношении групп населения с опиоидной зависимостью амбулаторное лечение, консультирование и

немедикаментозные терапевтические группы, как правило, неэффективны.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, являются лишь небольшой частью населения, составляя при этом значительную часть людей, живущих с ВИЧ. Пренебрежение проблемами здоровья даже небольшой части общества ставит под угрозу здоровье всего населения. Исследования доказывают, что лечение от наркотической зависимости одновременно является профилактикой ВИЧ. Однако охват медикаментозным лечением злоупотребления психоактивными веществами, в том числе лечением опиоидной зависимости при помощи метадона и бупренорфина, весьма ограничен.<sup>21</sup> Для расширения доступа к ОЗТ в целях борьбы с распространением ВИЧ, особенно в развивающихся странах, потребуются дополнительные усилия, исследования и стратегии.

**Лечение алкоголизма.** Люди, злоупотребляющие алкоголем, в большей степени подвержены различным рискам, таким как половые контакты с множественными партнерами, незащищенные вагинальные и анальные контакты, а также употребление инъекционных наркотиков.<sup>87</sup> Влияние различных мер по профилактике ВИЧ и лечению злоупотребления психоактивными веществами на рискованное сексуальное поведение и поведение, связанное с употреблением наркотиков, рассматривалось в рамках ряда исследований, в которых велись наблюдения за когортами людей с ВИЧ, потребителей инъекционных наркотиков, а также людей, злоупотребляющих алкоголем.<sup>47, 68, 88</sup> Большинство исследований показывает, что эти меры могут привести к снижению рискованного сексуального поведения. Условия лечения варьировались от дневных стационаров до реабилитационных центров, стационаров постоянного пребывания и поддерживающей терапии метадонном.

Лечение от злоупотребления психоактивными веществами по своей природе может быть фармакологическим или психосоциальным/поведенческим. Что касается фармакологического лечения, Управлением по пищевым и лекарственным продуктам США были одобрены три препарата для лечения алкогольной зависимости: налтрексон, акампрокат и дисульфирам.<sup>89</sup> Налтрексон блокирует

опиоидные рецепторы, которые подвергаются воздействию алкоголя и вызывают жажду его употребления. Он снижает вероятность рецидива и обладает высокой эффективностью в ряде случаев, но не во всех – это, возможно, связано с генетическими особенностями пациентов. Считается, что акампрокат помогает при симптомах, связанных с длительным воздержанием: бессоннице, волнении, беспокойстве и дисфории. Данный препарат может быть более эффективен у пациентов с тяжелой зависимостью.<sup>90</sup> Дисульфирам останавливает расщепление алкоголя на стадии ацетальдегида, вызывая реакцию в виде приливов крови к лицу, тошноты и сердцебиения, если пациент употребляет алкоголь. Следовать схеме лечения может быть сложно, но для пациентов с высокой степенью мотивацией дисульфирам может быть очень эффективен. Четвертый препарат, топирамат, демонстрирует обнадеживающие результаты в клинических испытаниях. Препарат используется вне утвержденных показаний; он эффективен, но у него много побочных эффектов.<sup>91</sup>

Эффективные поведенческие и психосоциальные стратегии решения проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами, включают программы по модели «12 шагов», такие как Общество анонимных алкоголиков, хотя появляются и новые методы лечения.<sup>92</sup> Ситуативное управление и когнитивно-поведенческие стратегии, включая предотвращение развития рецидивов, применимы и эффективны в ряде случаев зависимости. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) представляет широкий набор психологических и образовательных техник, которые дают людям с зависимостью необходимые знания и прививают навыки, необходимые для воздержания от употребления психоактивных веществ.<sup>93</sup> Принципы КПТ интегрированы в большинство программ по борьбе с зависимостью от психоактивных веществ в США. Мотивационные меры, такие как методы Миллера и Роллника, дают многообещающие результаты, особенно при лечении от алкогольной зависимости.<sup>94</sup>

### **Лечение от употребления стимуляторов.**

Употребление метамфетаминов сильно влияет на уровень заболеваемости и смертности у людей, живущих с ВИЧ или входящих в группу риска ВИЧ. Употребление метамфетаминов мужчинами,

имеющими секс с мужчинами (МСМ), в 10 раз выше чем у остального населения.<sup>95</sup> Поскольку метамфетамины усиливают сексуальное влечение и блокируют внутренние запреты, они являются движущей силой распространения ВИЧ. Большинство исследований по использованию метамфетаминов и рискованному поведению, связанных с ВИЧ, было сосредоточено на МСМ, хотя риски, связанные с сексуальным поведением, наблюдаются и у мужчин и женщин гетеросексуалов.<sup>96</sup> Колфакс и Шопто (2005 г.) провели обзор литературы с целью изучения воздействия метамфетаминов на ВИЧ и его передачу, а также подготовили ряд рекомендаций по лечению потребителей метамфетаминов.<sup>95</sup> Они обнаружили, что поведенческое консультирование, амбулаторное и стационарное, является в настоящее время стандартным методом лечения. Большинство программ разработано на основе программ по злоупотреблению кокаином и алкоголем и в них использованы мотивационное интервьюирование и когнитивная терапия. Однако число отсеивающихся участников высоко, равно как и вероятность рецидива. Успешность ситуационного управления (СУ), фармакологических интервенций и структурных интервенций (таких как федеральное регулирование продаж) средняя. В ситуационном управлении применяется раздача ваучеров или наличие иных материальных стимулов за анализы мочи, подтверждающие факт воздержания от приема наркотиков. Стратегии, в которых применяются элементы ситуационного управления, эффективны в повышении продолжительности приверженности к лечению, мотивировании к воздержанию от употребления наркотиков и снижении рискованного поведения.<sup>97-99</sup> В 2005 году было проведено исследование, в рамках которого сравнивалось применение комбинации КПТ и ситуационного управления с использованием только КПТ, только СУ или только подхода КПТ, адаптированного для гомосексуалов (КПТГ), в течение 1 года на проживающих в городах мужчинах-гомосексуалах с метамфетаминовой зависимостью с целью измерения снижения рискованного сексуального поведения.<sup>93</sup> Приблизительно половина участников была ВИЧ-инфицирована. У всех пациентов, проходивших лечение, наблюдалось значительное снижение как использования метамфетаминов, так и рискованного сексуального поведения. Исследование 2006 года, нацеленное на изучение способности методов СУ

снижать рискованное в контексте ВИЧ поведение, и повышать приверженность лечению, показало, что эти методы широко применимы в профилактике ВИЧ и ведении пациентов как в клинических условиях, так и по месту жительства.<sup>100</sup> Это справедливо как для автономного применения СУ, так и для комбинирования СУ с другими типами интервенций. Однако долгосрочная эффективность еще не была подтверждена, поэтому требуются дополнительные исследования.

Колфакс и Шопто рекомендуют спрашивать всех пациентов с ВИЧ и пациентов, входящих в группу риска, о том, используют ли они метамфетамины. Пациентов, которые сообщают об инъекционном использовании, следует направлять в программы по обмену игл, ограждая их от использования нестерильного инъекционного инструментария. Всем сексуально активным потребителям метамфетаминов следует проходить консультации по поводу снижения риска ВИЧ с упором на вопросы сексуального поведения. В случае необходимости также следует обеспечивать их презервативами. Пациенты, принимающие АРТ, должны быть обследованы на предмет следования лечению и наличия сопутствующих заболеваний и осложнений (кожных заболеваний, проблем с зубами, депрессии). Пациентов по возможности следует направлять на лечение от метамфетаминовой зависимости.

Методы лечения зависимости от других стимуляторов, таких как кокаин, схожи с лечением зависимости от метамфетамина и основываются на амбулаторном консультировании, в особенности, ситуационном управлении.<sup>98</sup> Поведенческие интервенции, включая когнитивно-поведенческую терапию, также могут быть эффективны в сокращении употребления кокаина и предотвращении срывов. Для достижения оптимальных результатов лечение должно быть адаптировано под конкретные нужды пациента. Такое лечение часто включает в себя комбинацию лечения, социальной поддержки и прочих услуг. Ученые стремятся разработать препараты, способные ослабить сильную жажду употребления кокаина, а также препараты, противодействующие триггерам срывов, таким как стресс.<sup>101</sup> В настоящее время нет эффективного препарата, одобренного Управлением по пищевым и лекарственным продуктам, для лечения зависимости от стимуляторов. Среди препаратов,

проходящих клинические испытания, - вигабатрин, топирамат, модафинил и баклофен. Также на стадии клинических испытаний находится новая вакцина для лечения кокаиновой зависимости.<sup>102</sup>

**Клубные наркотики.** Наркотики, которые часто используются на дискотеках и рэйв-вечеринках, известны под общим названием «клубные наркотики». К ним относятся МДМА (метилendioксиметамфетамин), также известный как экстази, кетамин и GHB (гамма-гидроксибутират); метамфетамины; и летучие нитриты, также известные как попперсы. Эти наркотики часто используются представителями групп риска и ВИЧ-инфицированными. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что клубные наркотики стимулируют сексуальное поведение. Клубные наркотики могут взаимодействовать с некоторыми антиретровирусными препаратами; их употребление снижает приверженность к лечению.<sup>103</sup> Употребление клубных наркотиков больше распространено среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, чем у остального населения. Эффективность подходов к лечению злоупотребления клубными наркотиками изучена в рамках нескольких исследований. Большинство исследований было сосредоточено на вопросах употребления метамфетамина (см. предыдущий подраздел). Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) в настоящее время осуществляется рандомизированная контролируемая программа для группы MSM, употребляющей психоактивные вещества, в том числе клубные наркотики. В рамках данного проекта, получившего название Project MIX, будет установлено, может ли подход, нацеленный на снижение рисков, способствовать сокращению употребления психоактивных веществ и снижению рискованного поведения. В настоящее время нет препаратов, разрешенных для лечения злоупотребления клубными наркотиками. Следует спрашивать пациентов, используют ли они клубные наркотики, информировать их о рисках, связанных с их использованием, а также в случае необходимости направлять на соответствующее поведенческое лечение.<sup>103</sup>

## Сопутствующие инфекции ВГС и ТБ и взаимодействие наркотических средств у потребителей наркотиков

Д-р Джеральд Фридланд, представитель школы медицины Йельского университета, остановился на вопросе сопутствующих заболеваний, затрагивающих ВИЧ-положительных потребителей наркотиков. Потребители психоактивных веществ были подвержены повышенному риску заболеваемости и смертности еще до эпидемии ВИЧ. Однако ВИЧ/СПИД оказывает особенно губительное воздействие на потребителей наркотиков по всему миру. В результате эпидемии выросли темпы распространения широкого спектра сопутствующих заболеваний, включая психические, неврологические осложнения и осложнения связанные с употреблением наркотиков; травмы; заболевания печени, почек и лёгких; а также инфекционные заболевания. Хотя многие из этих заболеваний были довольно широко распространены среди потребителей наркотиков и до эпидемии ВИЧ, уровень заболеваемости, степень тяжести и клинические проявления значительно усугубились под влиянием ВИЧ-инфекции. В условиях стационарного и амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными веществами, эти заболевания более распространены, чем специфические осложнения, связанные с ВИЧ; они осложняют как диагностику, так и лечение, являясь причиной высокого уровня смертности.

Данный раздел посвящен вирусному гепатиту С (ВГС) и туберкулезу (ТБ), двум самым серьезным ко-инфекциям. ВГС вызывает серьезные опасения, поскольку, согласно подсчетам, им заражено около 130 миллионов человек по всему миру:

- 2,7 миллиона человек инфицировано ВГС в США, 9 миллионов - в Западной Европе;
- От одной четверти до одной трети людей, живущих с ВИЧ, инфицированы ВГС;
- Уровень заболеваемости ВГС находится в пределах 10–40/100 человеко-лет; инфицирование ВГС обычно происходит раньше, чем ВИЧ;<sup>104</sup>
- Уровень распространенности ВГС у ПИН значительно выше и в некоторых условиях достигает 90% и выше;<sup>104-105</sup>

- Хронический ВГС вызывает воспаление печени, которое со временем приводит к фиброзу, и почти в 50% случаев - к циррозу печени и гепатоцеллюлярной карциноме (ГЦК);<sup>106</sup>
- Наличие сопутствующей ВИЧ-инфекции ускоряет прогрессирование ВГС и увеличивает относительный риск (ОР) развития ГЦК в 6 раз и ОР цирроза печени в 2 раза по сравнению с моно-инфекцией ВГС;<sup>107</sup>
- Факторы, ускоряющие прогрессирование фиброза: низкое число лимфоцитов CD4, недостаточный контроль репликации ВИЧ, использование гепатотоксичных препаратов (включая некоторые антиретровирусные препараты), и частое злоупотребление алкоголем;
- Половина случаев пересадки печени приходится на пациентов с хроническими вирусными гепатитами.<sup>107</sup>

В настоящее время лечение ВГС сводится к комбинации пегилированного интерферона (PEG) с рибавирином (RBV); процент успешности лечения невысок.<sup>108</sup> Лечение занимает длительное время и сопровождается неблагоприятными побочными эффектами. У людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, лечение часто вызывает невыносимые нейропсихологические и медикаментозные побочные эффекты и интоксикацию. Поскольку применение ВААРТ привело к снижению уровня смертности у ПИН, гепатоцеллюлярная карцинома, вызванная ВГС и ВИЧ инфекциями, является основной причиной госпитализации и смертей в США, связанных с ВИЧ. Однако существует несколько новых ингибиторов протеазы и полимеразы, которые находятся на различных стадиях клинических испытаний.

К сожалению, только небольшая часть потребителей инъекционных наркотиков проходит лечение от ВГС. В 2005 году был проведен опрос у ВГС-инфицированных ПИН по знаниям, опыту и барьерам, связанным с лечением ВГС. Из 597 участников 70% знали о существовании методов лечения, но только 22% понимали, что ВГС можно вылечить, в то время как значительная часть респондентов отказалась от лечения.<sup>109</sup> Мехта и др. предложили рамочную программу, направленную на изучение факторов, влияющих на использование и приверженность

ВГС-терапии у ПИН с моно-инфекцией ВГС и ПИН с ВИЧ+ВГС.<sup>110</sup> По мнению авторов, схема лечения должна определяться на основе результатов биопсии печени. В случае отсутствия заболеваний печени терапию можно отложить. В случае острых форм заболевания следует незамедлительно начать терапию. Что касается пациентов с умеренными проявлениями заболеваний печени, необходимо рассмотреть целесообразность лечения (факторы, влияющие на действие лечения) и его приемлемость (индивидуальные барьеры; барьеры, связанные с поставщиком услуг; барьеры, связанные со средой) прежде чем принимать решение. Эти факторы являются динамическими и должны постоянно переоцениваться.

ТБ является самым распространенным СПИД-определяющим состоянием и основной причиной смертности у людей, живущих с ВИЧ.<sup>111</sup> Употребление наркотиков ассоциируется с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ и ТБ. Злоупотребление психоактивными веществами фактически является наиболее часто встречающимся фактором риска у пациентов с ТБ в США. Пациенты, употребляющие психоактивные вещества, более заразны (например, при положительном результате мазка) и дольше остаются заразными, поскольку неудачное лечение предположительно продлевает период заразности.<sup>112</sup> Вероятность заразиться туберкулезом для потребителей наркотиков в 2-6 раз выше, чем для людей, не употребляющих наркотики.<sup>113</sup> Показатели смертности от ТБ и других причин у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков в несколько раз выше, чем у остальных людей, живущих с ВИЧ. На глобальном уровне от 12 до 14 миллионов человек имеют сочетанную инфекцию ВИЧ+ТБ. Дж. Рем и др. задокументировали связь между употреблением алкоголя и ТБ; они обнаружили, что существует сильная связь между чрезмерным употреблением алкоголя/расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и ТБ. Чрезмерное употребление алкоголя влияет как на заболеваемость, так и на течение болезни. Было установлено, что это связано с изменениями в фармакокинетике препаратов, применяемых для лечения ТБ, социальной маргинализацией, более высоким уровнем повторного инфицирования, большим числом случаев неудачного лечения и развитием форм ТБ с лекарственной устойчивостью.

Согласно имеющимся данным, около 10% случаев заболевания туберкулезом предположительно были связаны с употреблением алкоголя.<sup>114</sup>

Высокий уровень заболеваемости и смертности от ТБ у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков вызывает реактивацию латентной инфекции ТБ и ее передачу в условиях большого скопления людей, например, в тюрьмах. Кроме того, наблюдается рост конвергентной эпидемии туберкулеза с лекарственной устойчивостью, множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). Известно, что МЛУ-ТБ часто устойчив к изониазиду и рифампину. Для его диагностики требуется соответствующая лабораторная инфраструктура. ШЛУ-ТБ крайне устойчив к препаратам; он схож с МЛУ-ТБ, обладает устойчивостью к флуороквинолонам и требует применения как минимум одного инъекционного препарата. Для диагностики данного вида ТБ также требуется специальная лабораторная инфраструктура.

Д-р Фридланд привел определение приобретенной и первичной устойчивости возбудителя туберкулеза. Приобретенная устойчивость является результатом неудачного лечения или последствием ограничений программы/пациента. Раньше преобладал этот вид устойчивости. Первичная устойчивость – результат передачи микроорганизмов с лекарственной устойчивостью. Данный механизм преобладает в местах с высокой распространенностью ВИЧ и является следствием повышенной чувствительности, быстрого прогрессирования заболевания или отсутствия инфекционного контроля. Вспышки МЛУ-ТБ, связанные с ВИЧ, происходят в индустриально-развитых странах и характеризуются распространенностью ВИЧ-инфекции и быстрыми темпами смертности. Данные типы эпидемий туберкулеза последовали за распространением ВИЧ-инфекции.

Сложности, связанные с лечением и профилактикой ВИЧ, ТБ и употребления психоактивных веществ, включают следующие:

- Системы вертикальны, централизованы, перегружены и недофинансированы;<sup>115</sup>
- ТБ сложно лечить при наличии ко-инфекции ВИЧ;

- Длительность лечения затягивается как для ТБ, так и для ВИЧ;<sup>84, 116</sup>
- Лечение ТБ с лекарственной устойчивостью особенно сложно. Препараты от ТБ второго ряда менее действенны; токсичны, дороги, их наличие ограничено; в течение 18-24 месяцев понадобится 4-6 препаратов;
- На подходе новые препараты, но на их утверждение уйдут годы.

Кроме того, потребители наркотиков с ВИЧ+ТБ сталкиваются с тройной стигмой и ограниченным доступом к медицинской помощи. Проблемы соблюдения схемы лечения, дополнительные токсические эффекты и взаимодействия препаратов осложняют лечение; может потребоваться лечение МЛУ- или ШЛУ-ТБ.

Д-р Фридланд также рассмотрел вопрос фармакокинетического (ФК) и фармакодинамического (ФД) взаимодействия между препаратами. О ФК и ФД взаимодействии между рифампином, препаратом для лечения туберкулеза, и метадоном известно уже в течение более чем 30 лет. В 1976 году Крик и др. установили, что у 21 из 30 (70%) пациентов с опиоидной зависимостью, получавших метадон и проходивших лечение от ТБ, возникли симптомы и признаки абстинентного синдрома, в то время как у 56 пациентов, получавших курс лечения от ТБ, не содержащий рифампин, симптомов абстинентного синдрома не наблюдалось.<sup>117</sup> При применении рифампина концентрация метадона в плазме была на 33%-68% ниже. Это взаимодействие осложняет лечение ТБ у людей с зависимостью от опиатов. Часто о нем или не подозревают, или не принимают в расчет. Лечение может также столкнуться с клиническими проблемами, поскольку программы по ТБ и метадону функционируют отдельно друг от друга, в условиях плохо налаженной связи между программами и отсутствия практики совместного ведения больных.

Что касается взаимодействия между антиретровирусными агентами и препаратами для лечения от ТБ и злоупотребления психоактивными веществами, то фармакологические (ФК/ФД) эффекты и взаимодействия между агентами встречаются довольно часто. Существуют общие метаболические пути (например, метаболизм изоэнзимов 3A4 и 2D6 цитохрома P450). Они могут

снизить эффективность одного, двух или всех трех терапий, вызывая абстинентный синдром или передозировку; повышенную токсичность или меньшую эффективность антиретровирусной терапии и лечения от туберкулеза. Взаимодействия антиретровирусных препаратов с метадонном/ бупренорфином включают:<sup>84, 118-122</sup>

- Повышенный уровень АЗТ при применении метадона;
- Снижение уровня диданозина (ddl) и ставудина (D4T) при применении метадона;
- Заметная индукция метаболизма метадона эфавиренцом и невирапином с проявлением абстинентного синдрома;
- Легкая, но непредсказуемая индукция метаболизма метадона некоторыми ингибиторами протеазы;
- Легкое ФК снижение уровня бупренорфина, но без ФД эффекта;
- Снижение уровня метадона при применении ралтегравира.

Новые направления в области взаимодействия препаратов включают фармакокинетические и фармакодинамические исследования взаимодействия бупренорфина, изучение ингибиторов протеазы и интегразы, рифампина и других рифамицинов; и применение бупренорфина и метадона. Необходимы исследования взаимодействия препаратов второго ряда и новых препаратов от ТБ, препаратов для лечения ВГС и психотропных средств.

Проблемы профилактики и лечения включают повышенный уровень заболеваемости и смертности у ПИН в результате этих сочетанных заболеваний, а также ряд специфических сложностей программного характера, в том числе, необходимость в нижеследующем:

- Комплексные и интегрированные программы и стратегии;
- Охват скрытых группы населения;
- Интеграция и комплексное предоставление услуг (например, в больницах, клиниках для ВИЧ-инфицированных, программах по ТБ, тюрьмах,

программах по лечению от наркотической зависимости, а также в условиях сообществ);

- Скрининги и лечение сочетанных заболеваний и состояний;
- Кросс-обучение персонала;
- Ресурсы и политическая воля для осуществления необходимых изменений.

## Будущие направления

Меняющийся характер взаимосвязи между употреблением наркотиков и распространением ВИЧ диктует необходимость постоянных реформ и инноваций с целью выработки эффективных стратегий профилактики. Например, употребление стимуляторов, включая крэк и метамфетамины, резко возросло как в развитых странах, так и в странах с переходной экономикой.<sup>123-127</sup> Учитывая связь между распространением ВИЧ и инъекционным употреблением стимуляторов,<sup>17</sup> разработка адаптированных мер для этих групп населения должна стать приоритетом.<sup>128</sup> Кроме того, несмотря на прогресс, достигнутый в области лечения зависимости от стимуляторов,<sup>129</sup> крайне необходимы дальнейшие исследования в этой сфере, включая изучение комплексной психосоциальной и заместительной терапии.

Для принятия оперативных и эффективных ответных мер на возникающие эпидемии, необходимо изучать и оценивать новые меры по сокращению распространения ВИЧ у потребителей наркотиков. Как только доказана эффективность какой-либо меры в определенных условиях, ее следует внедрять и оценивать в других условиях.

Растет понимание того, что структурные меры могут привести к серьезным изменениям в поведении, связанном с риском ВИЧ. Основной принцип данного подхода заключается в изменении социальных, структурных и физических условий, влияющих на употребление наркотиков и поведение, связанное с риском ВИЧ.<sup>62</sup> Например, обеспечение жильем все чаще признается действенной структурной мерой, способствующей снижению риска распространения ВИЧ среди потребителей наркотиков.<sup>130-132</sup> Хотя необходимость проведения эмпирических исследований по оценке эффективности структурных

мер очевидна, изучение их характера и масштабов связано с рядом сложностей.<sup>133</sup> Оценка «естественных экспериментов» также может быть важным средством определения последствий структурных мер на уровне населения.

В ходе консультационной встречи дискуссионными группами были озвучены дополнительные рекомендации по дальнейшим направлениям деятельности в области комплексной профилактики: оптимизация моделей профилактики, лечение наркотической зависимости как профилактика ВИЧ, профилактика ВИЧ и ее осуществление, антиретровирусная терапия как профилактика ВИЧ, права человека, лечение ВИЧ/СПИДа, сопутствующих заболеваний и приверженность лечению. Полный список рекомендаций содержится в Приложении А.

## Заключение

Таким образом, хотя ведущими международными организациями и одобрен целый ряд научно-обоснованных мер по профилактике ВИЧ для потребителей наркотиков, существует масса препятствий на пути их реализации. Кроме того, поскольку достаточный уровень охвата программами и универсальный доступ являются редкостью даже для стран, которые оказывают услуги по профилактике ВИЧ для ПИН,<sup>134</sup> необходимо расширение объемов деятельности согласованных программ в международном масштабе. По мере того, как эти программы расширяются, важно учитывать все факты, подтверждающие, что комплексное лечение и профилактика злоупотребления психоактивными веществами способствуют значительному сокращению распространения ВИЧ-инфекции, что пока еще не используется в полной мере.



## Ссылки

- <sup>1</sup> Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., Ling, W., & Ali, R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy* 16, S67–S75, 2005.
- <sup>2</sup> UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic. 2006. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006/default.asp>
- <sup>3</sup> Van Tieu, H. & Koblin, B.A. HIV, alcohol, and noninjection drug use. *Current Opinion on HIV and AIDS* 4, 314–318, 2009.
- <sup>4</sup> Kuehn, B.M. Integrated care needed for patients with HIV, drug abuse, and mental illness. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 300, 494–495.
- <sup>5</sup> Walkup, J., Blank, M.B., Gonzalez, J.S., Safren, S., Schwartz, R., Brown, L., Wilson, I., Knowlton, A., Lombard, F., Grossman, C., Lyda, K., & Schumacher, J. E. The impact of mental health and substance abuse factors on HIV prevention and treatment. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 47 Suppl 1, S15–19, 2008.
- <sup>6</sup> Baum, M.K., Rafie, C., Lai, S., Sales, S., Page, B., & Campa, A.. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 50, 93–99, 2009.
- <sup>7</sup> Cook, J.A., Burke-Miller, J.K., Cohen, M.H., Cook, R.L., Vlahov, D., Wilson, T.E., Golub, E.T., Schwartz, R.M., Howard, A.A., Ponath, C., Plankey, M.W., Levine, A.M., & Grey, D.D. Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multicenter cohort of HIV-1 positive women. *AIDS* 22, 1355–1363, 2008.
- <sup>8</sup> Celentano, D.D. & Lucas, G. Optimizing treatment outcomes in HIV-infected patients with substance abuse issues. *Clinical Infectious Diseases* 45 Suppl 4, S318–323, 2007.
- <sup>9</sup> Kavasery, R., Galai, N., Astemborski, J., Lucas, G.M., Celetano, D.D., Kirk, G.D., & Mehta, S.H. Nonstructured treatment interruptions among injection drug users in Baltimore, MD. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 50, 360–366, 2009.
- <sup>10</sup> Lert, F. & Kazatchkine, M.D. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: An evidence-based overview. *The International Journal of Drug Policy* 18, 255–261, 2007.
- <sup>11</sup> National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of HIV/AIDS Prevention in Drug-Using Populations. <http://archives.drugabuse.gov/POHP/index.html>
- <sup>12</sup> Parry, C.D., Petersen, P., Carney, T., & Needle, R. Opportunities for enhancing and integrating HIV and drug services for drug using vulnerable populations in South Africa. *The International Journal of Drug Policy*. Ahead of print, December 2009; In press.
- <sup>13</sup> Vlahov, D., Robertson, A.M., & Strathdee, S.A. Prevention of HIV infection among injection drug users in resource-limited settings. *Clinical Infectious Diseases* 50 Suppl 3, S114–121, 2010.
- <sup>14</sup> Needle, R. & Zhao, L. HIV Prevention among Injection Drug Users. 2010. <http://csis.org/publication/hiv-prevention-among-injection-drug-users>.
- <sup>15</sup> Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2008*. Geneva: UNAIDS, 2008. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>
- <sup>16</sup> Des Jarlais, D.C. & Semaan, S. HIV prevention for injecting drug users: The first 25 years and counting. *Psychosomatic Medicine* 70, 606–611, 2008.
- <sup>17</sup> Tyndall, M.W., Currie, S., Spittal, P., Li, K., Wood, E., O’Shaughnessy, M.V., & Schechter, M. T. Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS* 17, 887–893, 2003.
- <sup>18</sup> Choopanya, K., Des Jarlais, D.C., Vanichseni, S., Kitayaporn, D., Mock, P.A., Raktham, S., Hireanras, K., Heyward, W.L., Sujarita, S., & Mastro, T.D. Incarceration and risk for HIV infection among injection drug users in Bangkok. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 29, 86–94, 2002.
- <sup>19</sup> Zamani, S., Kihara, M., Gouya, M.M., Vazirian, M., Nassirimanesh, B., Ono-Kihara, M., Ravari, S.M., Safaie, A., & Ichikawa, S. High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 42, 342–346, 2006.
- <sup>20</sup> Wood, E., Werb, D., Marshall, B.D., Montaner, J.S., & Kerr, T. The war on drugs: A devastating public-policy disaster. *Lancet* 373, 989–990, 2009.
- <sup>21</sup> Mathers, B.M., Deganhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., Mattick, R.P., & the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review. *Lancet* 372, 1733–1745, 2008.
- <sup>22</sup> HIV infection among injection-drug users—34 states, 2004–2007. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 58, 1291–1295, 2009.
- <sup>23</sup> Des Jarlais, D.C., Hagan, H., Friedman, S.R., Friedmann, P., Goldberg, D., Frischer, M., Green, S., Tunving, K., Ljunberg, B., & Wodak, A. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 274, 1226–1231, 1995.
- <sup>24</sup> Des Jarlais, C., Perlis, T., Friedman, S.R., Chapman, T., Kwok, J., Rockwell, R., Paone, D., Milliken, J., & Monterroso, E. Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: Injection drug users in New York City, 1990–1997. *American Journal of Public Health* 90, 1112–1116, 2000.
- <sup>25</sup> Metzger, D.S. & Navaline, H. HIV prevention among injection drug users: The need for integrated models. *Journal of Urban Health* 80, iii59–66, 2003.
- <sup>26</sup> Mathers, B.M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R.P., Myers, B., Ambekar, A., Strathdee, S.A., & the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: A systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 375, 1014–1028, 2010.
- <sup>27</sup> Donoghoe, M.C., Verster, A., Pervilhac, C., & Williams, P. Setting targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs): Towards consensus and improved guidance. *International Journal of Drug Policy* 19, S5–14, 2008.

- <sup>28</sup> World Health Organization (WHO). WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users. Geneva: WHO, UNODC, UNAIDS, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>
- <sup>29</sup> Montaner, J.S., Hogg, R., Wood, E., Kerr, T., Tyndall, M., Levy, A.R., & Harrigan, P.R. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet* 368, 531–536, 2006.
- <sup>30</sup> Attia, S., Egger, M., Muller, M., Zwahlen, M., & Low, N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: Systematic review and meta-analysis. *AIDS* 23, 1397–1404, 2009.
- <sup>31</sup> Wood, E., Kerr, T., Marshall, B.D., Li, K., Zhang, R., Hogg, R.S., Harrigan, P.R., & Montaner, J.S. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: Prospective cohort study. *British Medical Journal* 338, b1649, 2009.
- <sup>32</sup> Granich, R.M., Gilks, C.F., Dye, C., De Cock, K.M., & Williams, B.G. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: A mathematical model. *Lancet* 373, 48–57, 2009.
- <sup>33</sup> Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S., & Matic, S. Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004. *International Journal of Drug Policy* 18, 271–280, 2007.
- <sup>34</sup> Wood, E., Hogg, R.S., Lima, V.D., Kerr, T., Yip, B., Marshall, B.D., & Montaner, J. S. Highly active antiretroviral therapy and survival in HIV-infected injection drug users. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 300, 550–554, 2008.
- <sup>35</sup> Ball, A.L. HIV, injecting drug use and harm reduction: A public health response. *Addiction* 102, 684–690, 2007.
- <sup>36</sup> Copenhaver, M.M., Johnson, B.T., Lee, I.C., Harman, J.J., & Carey, M.P. Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, 163–171, 2006.
- <sup>37</sup> Bogart, L.M., Kral, A.H., Scott, A., Anderson, R., Flynn, N., Gilbert, M.L., & Bluthenthal, R.N. Sexual risk among injection drug users recruited from syringe exchange programs in California. *Sexually Transmitted Diseases* 32, 27–34, 2005.
- <sup>38</sup> World Health Organization (WHO). Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programmes. Geneva: WHO, 2007.
- <sup>39</sup> Marshall, B.D., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., & Kerr, T. Condom use among injection drug users accessing a supervised injecting facility. *Sexually Transmitted Infections* 85, 121–126, 2009.
- <sup>40</sup> Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., & Prins, M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: Evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 102, 1454–1462, 2007.
- <sup>41</sup> Kidorf, M., King, V.L., Neufeld, K., Peirce, J., Kolodner, K., & Brooner, R.K. Improving substance abuse treatment enrollment in community syringe exchangers. *Addiction* 104, 786–795, 2009.
- <sup>42</sup> Milloy, M.J. & Wood, E. Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction* 104, 620–621, 2009.
- <sup>43</sup> Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Stoltz, J.A., Lai, C., Montaner, J.S., & Kerr, T. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine* 354, 2512–2514, 2006.
- <sup>44</sup> Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Montaner, J.S., & Kerr, T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction* 102, 916–919, 2007.
- <sup>45</sup> Kral, A.H., Bluthenthal, R.N., Lorvick, J., Gee, L., Bacchetti, P., & Edlin, B.R. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: Risk-factor analysis. *Lancet* 357, 1397–1401, 2001.
- <sup>46</sup> Strathdee, S.A. & Sherman, S.G. The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. *Journal of Urban Health* 80, iii7–14, 2003.
- <sup>47</sup> Semaan, S., Des Jarlais, D.C., Sogolow, E., Johnson, W.D., Hedges, L.V., Ramirez, G., Flores, S.A., Norman, L., Sweat, M.D., & Needle, R. A meta-analysis of the effect of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 30, S73–93, 2002.
- <sup>48</sup> Des Jarlais, D. & Semaan, S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal of Drug Policy* 16, S58–S66, 2005.
- <sup>49</sup> Sterk, C.E., Theall, K.P., Elifson, K.W., & Kidder, D. HIV risk reduction among African-American women who inject drugs: A randomized controlled trial. *AIDS and Behavior* 7, 73–86, 2003.
- <sup>50</sup> Wechsberg, W.M., Lam, W.K., Zule, W.A., & Bobashev, G. Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. *American Journal of Public Health* 94, 1165–1173, 2004.
- <sup>51</sup> Hammett, T.M., Bartlett, N.A., Chen, Y., Ngu, D., Cuong, D.D., Phuong, N.M., Tho, N.H., Van, L.K., Liu, W., Donghua, M., Shaomi, X., Chen, H., Quyen, H.N., Broadhead, R.S., & Des Jarlais, D.C. Law enforcement influences on HIV prevention for injection drug users: Observations from a cross-border project in China and Vietnam. *International Journal of Drug Policy* 16, 235–245, 2005.
- <sup>52</sup> DeBeck, K., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Montaner, J., & Kerr, T. Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, 11, 2008.
- <sup>53</sup> Hammett, T.M., Wu, Z., Duc, T.T., Stephens, D., Sullivan, S., Liu, W., Chen, Y., Ngu, D., & Des Jarlais, D.C. "Social evils" and harm reduction: The evolving policy environment for human immunodeficiency virus prevention among injection drug users in China and Vietnam. *Addiction* 103, 137–145, 2008.
- <sup>54</sup> Wood, E., Kerr, T., Tyndall, M.W., & Montaner, J.S. A review of barriers and facilitators of HIV treatment among injection drug users. *AIDS* 22, 1247–1256, 2008.

- <sup>55</sup> Chander, G., Himelhoch, S., Fleishman, J.A., Hellinger, J., Gaist, P., Moore, R.D., & Gebo, K.A. HAART receipt and viral suppression among HIV-infected patients with co-occurring mental illness and illicit drug use. *AIDS Care* 21, 655–663, 2009.
- <sup>56</sup> Grigoryan, A., Hall, H.I., Durant, T., & Wei, X. Late HIV diagnosis and determinants of progression to AIDS or death after HIV diagnosis among injection drug users, 33 US States, 1996–2004. *PLoS One* 4, e4445, 2009.
- <sup>57</sup> Uhlmann, S., Milloy, M.J., Kerr, T., Zhang, R., Guyillemi, S., Marsh, D., Hogg, R.S., Montaner, J.S., & Wood, E. Methadone maintenance therapy promotes initiation of antiretroviral therapy among injection drug users. *Addiction*, 2010.
- <sup>58</sup> Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S.R., & Strathdee, S.A. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine* 61, 1026–1044, 2005.
- <sup>59</sup> Wood, E., Spittal, P.M., Small, W., Kerr, T., Li, K., Hogg, R.S., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., & Schechter, M.T. Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. *Canadian Medical Association Journal* 170, 1551–1556, 2004.
- <sup>60</sup> Bluthenthal, R.N., Kral, A.H., Lorrwick, J., & Watters, J.K. Impact of law enforcement on syringe exchange programs: A look at Oakland and San Francisco. *Medical Anthropology* 18, 61–83, 1997.
- <sup>61</sup> Burris, S., Blankenship, K.M., Donoghoe, M., Sherman, S., Vernick, J.S., Case, P., Lazzarini, Z., & Koester, S. Addressing the “risk environment” for injection drug users: The mysterious case of the missing cop. *Milbank Quarterly* 82, 125–156, 2004.
- <sup>62</sup> Des Jarlais, D.C. Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users. *AIDS* 14, S41–46, 2000.
- <sup>63</sup> Friedman, S.R., Cooper, H.L., Tempalski, B., Keem, M., Friedman, R., Flom, P.L., & Des Jarlais, D.C. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS* 20, 93–99, 2006.
- <sup>64</sup> Tkatchenko-Schmidt, E., Renton, A., Gevorgyan, R., Davydenko, L., & Atun, R. Prevention of HIV/AIDS among injecting drug users in Russia: Opportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. *Health Policy* 85, 162–171, 2008.
- <sup>65</sup> Aceijas, C., Hickman, M., Donoghoe, M.C., Burrows, D., & Stuijkyte, R. Access and coverage of needle and syringe programmes (NSP) in Central and Eastern Europe and Central Asia. *Addiction* 102, 1244–1250, 2007.
- <sup>66</sup> Bruce, R.D. Methadone as HIV prevention: High volume methadone sites to decrease HIV incidence rates in resource limited settings. *The International Journal of Drug Policy* 21, 122–124, 2010.
- <sup>67</sup> Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., Ling, W., & Ali, R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *The International Journal of Drug Policy* 16S, S67–S75, 2005.
- <sup>68</sup> Sorensen, J.L. & Copeland, A.L. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: A review. *Drug and Alcohol Dependence* 59, 17–31, 2000.
- <sup>69</sup> Coyle, S.L., Needle, R.H. & Normand, J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: A review of published outcome data. *Public Health Reports* 113, 19–30, 1998.
- <sup>70</sup> Needle, R.H., Burrows, D., Friedman, S.R., Dorabjee, J., Touze, G., Badrieva, L., Grund, J.-P.C., Kumar, M.S., Nigro, L., Manning, G., & Latkin, C. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy* 16, 45–57, 2005.
- <sup>71</sup> Wiebel, W.W., Jimenez, A., Johnson, W., Ouellet, L., Jovanovic, B., Lampinen, T., Murray, J., & O'Brien, M.U. Risk behavior and HIV seroincidence among out-of-treatment injection drug users: A four-year prospective study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 12, 282–289, 1996.
- <sup>72</sup> Latkin, C.A., Sherman, S., & Knowlton, A. HIV prevention among drug users: Outcome of a network-oriented peer outreach intervention. *Health Psychology* 22, 332–339, 2003.
- <sup>73</sup> Latkin, C.A. Outreach in natural settings: The use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Reports* 113, 151–159, 1998.
- <sup>74</sup> Bluthenthal, R.N., Kral, A.H., Gee, L., Erringer, E.A., & Edlin, B.R. The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: A cohort study. *AIDS* 14, 605–611, 2000.
- <sup>75</sup> Des Jarlais, D.C., Marmor, M., Paone, D., Titus, S., Shi, Q., Perlis, T., Jose, B., & Friedman, S.R. HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet* 348, 987–991, 1996.
- <sup>76</sup> Wodak, A. & Cooney, A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse* 41, 777–813, 2006.
- <sup>77</sup> Gibson, D.R., Flynn, N.M., & Perales, D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 15, 1329–1341, 2001.
- <sup>78</sup> Bluthenthal, R.N., Anderson, R., Flynn, N.M., & Kral, A.H. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug and Alcohol Dependence* 89, 214–222, 2007.
- <sup>79</sup> National Institute on Drug Abuse (NIDA). Treatment Research. <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>
- <sup>80</sup> Metzger, D.S., Navaline, H., & Woody, G.E. Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Reports* 113, 97–106, 1998.
- <sup>81</sup> Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L.E., & Ali, R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 2, Art. No.: CD004145. DOI: 004110.001002/14651858.CD14004145.pub14651853, 2008.
- <sup>82</sup> Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., & Mazlan, M. Maintenance treatment with buprenorphine and naltrexone for heroin dependence in Malaysia: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 371, 2192–2200, 2008.

- <sup>83</sup> Sullivan, L.E., Moore, B.A., Chawarski, M.C., Pantalon, M.V., Barry, D., O'Connor, P.G., Schottenfeld, R.S., & Fiellin, D.A. Buprenorphine/naloxone treatment in primary care is associated with decreased human immunodeficiency virus risk behaviors. *Journal of Substance Abuse Treatment* 35, 87–92, 2008.
- <sup>84</sup> Bruce, R.D., Altice, F.L., Gourevitch, M.N., & Friedland, G.H. Pharmacokinetic drug interactions between opioid agonist therapy and antiretroviral medications: Implications and management for clinical practice. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 41, 563–572, 2006.
- <sup>85</sup> Krupitsky, E.M., Zvartau, E.E., Masalov, D.V., Tsoy, M.V., Burakov, A.M., Egorova, V.Y., Didenko, T.Y., Romanova, T.N., Ivanova, E.B., Bepalov, A.Y., Verbitskaya, E.V., Neznanov, N.G., Grinenko, A.Y., O'Brien, C.P., & Woody, G.E. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, 319–328, 2006.
- <sup>86</sup> Patapis, N.S. & Nordstrom, B.R. Research on naltrexone in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, 113–115, 2006.
- <sup>87</sup> Palepu, A., Raj, A., Horton, N.J., Tibbetts, N., Meli, S., & Samet, J. H. Substance abuse treatment and risk behaviors among HIV-infected persons with alcohol problems. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 3–9, 2005.
- <sup>88</sup> Woods, W.J., Guydish, J.R., Sorensen, J.L., Coutts, A., Bostrom, A., & Acampora, A. Changes in HIV-related risk behaviors following drug abuse treatment. *AIDS* 13, 2151–2155, 1999.
- <sup>89</sup> (NIDA), N.I.o.D.A. NIDA InfoFacts: Treatment Approaches for Drug Addiction. <http://www.nida.nih.gov/infofacts/treatmeth.html>
- <sup>90</sup> Olive, M.F. Pharmacotherapies for alcoholism: The old and the new. *CNS and Neurological Disorders Drug Targets* 9, 2–4, 2010.
- <sup>91</sup> Kenna, G.A., Lomastro, T.L., Schiesl, A., Leggio, L., & Swift, R.M. Review of topiramate: An antiepileptic for the treatment of alcohol dependence. *Current Drug Abuse Review* 2, 135–142, 2009.
- <sup>92</sup> Shoptaw, S. & Frosch, D.L. Substance Abuse Treatment as HIV Prevention for Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior* 4, 193–203, 2000.
- <sup>93</sup> Shoptaw, S., Reback, C.J., Peck, J.A., Yang, X., Rotheram-Fuller, E., Larkins, S., Veniegas, R.C., Freese, T.E., & Hucks-Ortiz, C. Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. *Drug Alcohol Dependence* 78, 125–134, 2005.
- <sup>94</sup> Miller, W. & Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, 1991.
- <sup>95</sup> Colfax, G. & Shoptaw, S. The methamphetamine epidemic: Implications for HIV prevention and treatment. *Current HIV/AIDS Report* 2, 194–199, 2005.
- <sup>96</sup> Semple, S.J., Grant, I., & Patterson, T.L. Female methamphetamine users: Social characteristics and sexual risk behavior. *Women and Health* 40, 35–50, 2004.
- <sup>97</sup> Ghitza, U.E., Epstein, D.H., & Preston, K.L. Contingency management reduces injection-related HIV risk behaviors in heroin and cocaine using outpatients. *Addictive Behavior* 33, 593–604, 2008.
- <sup>98</sup> Hanson, T., Alessi, S.M., & Petry, N.M. Contingency management reduces drug-related human immunodeficiency virus risk behaviors in cocaine-abusing methadone patients. *Addiction* 103, 1187–1197, 2008.
- <sup>99</sup> Shoptaw, S., Klausner, J.D., Reback, C.J., Tierney, S., Stansell, J., Hare, C.B., Gibson, S., Siever, M., King, W.D., Kao, U., & Dang, J. A public health response to the methamphetamine epidemic: The implementation of contingency management to treat methamphetamine dependence. *BMC Public Health* 6, 214, 2006.
- <sup>100</sup> Haug, N.A. & Sorensen, J.L. Contingency management interventions for HIV-related behaviors. *Current HIV/AIDS Report* 3, 154–159, 2006.
- <sup>101</sup> National Institute on Drug Abuse (NIDA). NIDA InfoFacts: Cocaine. <http://www.nida.nih.gov/infofacts/cocaine.html>
- <sup>102</sup> Gao, Y., Orson, F.M., Kinsey, B., Kosten, T., & Brimijoin, S. The concept of pharmacologic cocaine interception as a treatment for drug abuse. *Chemico-Biological Interactions*, 2010.
- <sup>103</sup> Colfax, G. & Guzman, R. Club drugs and HIV infection: A review. *Clinical Infectious Diseases* 42, 1463–1469, 2006.
- <sup>104</sup> Hagan, H., Campbell, J., Thiede, H., Strathdee, S., Ouellet, L., Kapadia, F., Hudson, S., & Garfein, R.S. Self-reported hepatitis C virus antibody status and risk behavior in young injectors. *Public Health Reports* 121, 710–719, 2006.
- <sup>105</sup> Amon, J.J., Garfein, R.S., Ahdieh-Grant, L., Armstrong, G.L., Ouellet, L.J., Latka, M.H., Vlahov, D., Strathdee, S.A., Hudson, S.M., Kerndt, P., Des Jarlais, D., & Williams, I.T. Prevalence of hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States, 1994–2004. *Clinical Infectious Diseases* 46, 1852–1858, 2008.
- <sup>106</sup> Schiavini, M., Angeli, E., Mainini, A., Zerbi, P., Duca, P.G., Gubertini, G., Vago, L., Fociani, P., Giorgi, R., & Cargnel, A. Risk factors for fibrosis progression in HIV/HCV coinfecting patients from a retrospective analysis of liver biopsies in 1985–2002. *HIV Medicine* 7, 331–337, 2006.
- <sup>107</sup> Institute of Medicine. *Hepatitis and Liver Cancer: A National Strategy for Prevention and Control of Hepatitis B and C*. Washington, DC: National Academies Press, 2010.
- <sup>108</sup> Soriano, V., Vispo, E., Labarga, P., Medrano, J., & Barreiro, P. Viral hepatitis and HIV co-infection. *Antiviral Research* 85, 303–315, 2010.
- <sup>109</sup> Mehta, S.H., Genberg, B.L., Astemborski, J., Kavasery, R., Kirk, G.D., Vlahov, D., Strathdee, S.A., & Thomas, D.L. Limited uptake of hepatitis C treatment among injection drug users. *Journal of Community Health* 33, 126–133, 2008.
- <sup>110</sup> Mehta, S.H., Thomas, D.L., Sulkowski, M.S., Safaein, M., Vlahov, D., & Strathdee, S.A. A framework for understanding factors that affect access and utilization of treatment for hepatitis C virus infection among HCV-mono-infected and HIV/HCV-co-infected injection drug users. *AIDS* 19 Suppl 3, S179–189, 2005.
- <sup>111</sup> World Health Organization (WHO). WHO Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing. In *WHO Report*. Geneva, 2006.

- <sup>112</sup> Oeltmann, J.E., Kammerer, J.S., Pevzner, E.S., & Moonan, P.K. Tuberculosis and substance abuse in the United States, 1997–2006. *Archives of Internal Medicine* 169, 189–197, 2009.
- <sup>113</sup> Reported HIV Status of Tuberculosis Patients—United States, 1993–2005. *MMWR* 56, 1103–1106, 2007.
- <sup>114</sup> Rehm, J., Samokhvalov, A.V., Neuman, M.G., Room, R., Parry, C., Lonroth, K., Patra, J., Poznyak, V., & Popova, S. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health* 9, 450, 2009.
- <sup>115</sup> Tsiouris, S.J., Gandhi, N.R., El-Sadr, W.M., & Gerald, F. Tuberculosis and HIV-Needed: A New Paradigm for the Control and Management of Linked Epidemics. *Journal of the International AIDS Society* 9, 62, 2007.
- <sup>116</sup> Bruce, R., Altice, F. & Friedland, G. HIV Disease among Substance Misusers: Treatment Issues. In *Global AIDS/HIV Medicine* (ed. Volberding, P.A.). San Diego, CA: Elsevier, Inc, 2007.
- <sup>117</sup> Kreek, M.J., Garfield, J.W., Gutjahr, C.L., & Giusti, L.M. Rifampin-induced methadone withdrawal. *New England Journal of Medicine* 294, 1104–1106, 1976.
- <sup>118</sup> Bruce, R.D. & Altice, F.L. Clinical care of the HIV-infected drug user. *Infectious Disease Clinics of North America* 21, 149–179, ix, 2007.
- <sup>119</sup> Bruce, R.D., McCance-Katz, E., Kharasch, E.D., Moody, D.E., & Morse, G.D. Pharmacokinetic interactions between buprenorphine and antiretroviral medications. *Clinical Infectious Diseases* 43 (Suppl 4), S216–223, 2006.
- <sup>120</sup> McCance-Katz, E.F., Moody, D.E., Morse, G.D., Friedland, G., Pade, P., Baker, J., Alvanzo, A., Smith, P., Ogundele, A., Jatlow, P., & Rainey, P.M. Interactions between buprenorphine and antiretrovirals. I. The nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitors efavirenz and delavirdine. *Clinical Infectious Diseases* 43 (Suppl 4), S224–234, 2006.
- <sup>121</sup> McCance-Katz, E.F., Moody, D.E., Morse, G.D., Ma, Q., DiFrancesco, R., Friedland, G., Pade, P., & Rainey, P.M. Interaction between buprenorphine and atazanavir or atazanavir/ritonavir. *Drug and Alcohol Dependence* 91, 269–278, 2007.
- <sup>122</sup> McCance-Katz, E.F., Moody, D.E., Smith, P.F., Morse, G.D., Friedland, G., Pade, P., Baker, J., Alvanzo, A., Jatlow, P., & Rainey, P. M. Interactions between buprenorphine and antiretrovirals. II. The protease inhibitors nelfinavir, lopinavir/ritonavir, and ritonavir. *Clinical Infectious Diseases* 43 (Suppl 4), S235–246, 2006.
- <sup>123</sup> DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Fischer, B., Buxton, J., Montaner, J., & Wood, E. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Canadian Medical Association Journal* 181, 585–589, 2009.
- <sup>124</sup> Farrell, M., Marsden, J., Ali, R., & Ling, W. Methamphetamine: Drug use and psychoses becomes a major public health issue in the Asia Pacific region. *Addiction* 97, 771–772, 2002.
- <sup>125</sup> Fairbairn, N., Kerr, T., Buxton, J.A., Li, K., Montaner, J.S., & Wood, E. Increasing use and associated harms of crystal methamphetamine injection in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Dependence* 88, 313–316, 2007.
- <sup>126</sup> Nacher, M., Adenis, A., Adriouch, L., Vantilcke, V., El Guedj, M., Vaz, T., Dufour, J., & Couppie, P. Crack cocaine use increases the incidence of AIDS-defining events in French Guiana. *AIDS* 23, 2223–2226, 2009.
- <sup>127</sup> Santibanez, S.S., Garfein, R.S., Swartzendruber, A., Kerndt, P.R., Morse, E., Ompad, D., Strathdee, S., Williams, I.T., Friedman, S.R., & Ouellet, L.J. Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997–1999. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 227–233, 2005.
- <sup>128</sup> Leukefeld, C.G., Pechansky, F., Martin, S.S., Surratt, H.L., Inciardi, J.A., Kessler, F.H., Orsi, M.M., Von Diemen, L., & Meyer Da Silva, E. Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care* 17 (Suppl 1), S77–87, 2005.
- <sup>129</sup> Rawson, R.A., McCann, M.J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., & Ling, W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction* 101, 267–274, 2006.
- <sup>130</sup> Aidala, A., Cross, J.E., Stall, R., Harre, D., & Sumartojo, E. Housing status and HIV risk behaviors: Implications for prevention and policy. *AIDS and Behavior* 9, 251–265, 2005.
- <sup>131</sup> Kidder, D.P., Wolitski, R.J., Royal, S., Aidala, A., Courtenay-Quirk, C., Holtgrave, D.R., Harre, D., Sumartojo, E., Stall, R., & the Housing and Health Study Team. Access to housing as a structural intervention for homeless and unstably housed people living with HIV: Rationale, methods, and implementation of the housing and health study. *AIDS and Behavior* 11, S149–S161, 2007.
- <sup>132</sup> Briggs, D., Rhodes, T., Marks, D., Kimber, J., Holloway, G., & Jones, S. Injecting drug use and unstable housing: Scope for structural interventions in harm reduction. *Drugs: Education Prevention and Policy* 16, 436–450, 2009.
- <sup>133</sup> Blankenship, K.M., Friedman, S.R., Dworkin, S., & Mantell, J.E. Structural interventions: Concepts, challenges and opportunities for research. *Journal of Urban Health* 83, 59–72, 2006.
- <sup>134</sup> Mathers, B.M., Degenhardt, L., Adam, P., Toskin, I., Nashkoev, M., Lyerla, R., & Rugg, D. Estimating the level of HIV prevention coverage, knowledge and protective behavior among injecting drug users: What does the 2008 UNGASS reporting round tell us? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 52, S132–142, 2009.

# Глава 4. Расширение ВААРТ для улучшения результатов мер по охране индивидуального и общественного здоровья

За последние два десятилетия были достигнуты впечатляющие успехи в области терапии ВИЧ.<sup>1</sup> Самым значительным достижением является высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ).<sup>2</sup> ВААРТ представляет собой комбинацию антиретровирусных препаратов, как правило трех, которые полностью подавляют репликацию ВИЧ. При использовании ВААРТ количество вирусных копий РНК ВИЧ-1 в плазме снижается и не может быть обнаружено даже при измерении самыми чувствительными коммерчески доступными тестами. Это позволяет иммунной системе восстановиться, остановить течение смертельно опасной болезни и вызвать длительную ремиссию.<sup>3</sup>

Результаты клинических испытаний и наблюдательных исследований по оценке эффективности ВААРТ показывают значительное снижение уровня заболеваемости и смертности ВИЧ-инфицированных пациентов.<sup>4-5</sup> Согласно оценкам, непосредственным результатом внедрения терапии в Соединенных Штатах Америки к 2006 году было спасение в общей сложности как минимум 3 миллионов лет жизни.<sup>6</sup> Также подсчитано, что среднее число оставшихся лет жизни людей с ВИЧ, получающих ВААРТ, в возрасте 20 лет в странах с высоким уровнем доходов составляет примерно две трети от значения этого показателя для остального населения.<sup>7</sup>

Согласно последним оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), по состоянию на конец 2008 года ВААРТ получали более 4 миллионов человек в странах с низким и средним уровнем дохода.<sup>8</sup> Это меньше, чем планировалось в 2006 году в рамках ООН: «обеспечить к 2010 году всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ». Несмотря на это отставание, развертывание ВААРТ в условиях ограниченных ресурсов, несомненно, оказало сильнейшее влияние

на заболеваемость и смертность, связанные с ВИЧ/СПИДом, по всему миру.<sup>9-11</sup>

## Модель «искать, тестировать, лечить и удерживать»

В этом разделе будет рассмотрена новая модель расширения охвата ВААРТ как инструмента медицинского обеспечения профилактики ВИЧ: «искать, тестировать, лечить и удерживать». Она состоит из следующих компонентов: *искать* – выход на труднодоступные группы высокого риска; *тестировать* – тестирование на ВИЧ; *лечить* – обеспечение доступа к лечению ВИЧ и прочим услугам; и *удерживать* – поддержание ухода за пациентами. В начале консультационной встречи данная модель упоминалась как «искать, тестировать и лечить», но затем участники пришли к согласию, что следует добавить «удерживать» дабы подчеркнуть важность приверженности пациентов лечению. Вопросы применения модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» у групп населения, употребляющих наркотики, рассматриваются ниже.

ВААРТ повлияла на значительное снижение уровня заболеваемости и смертности в связи со СПИДом в регионах мира с разным уровнем доступа к ресурсам. Терапия эффективна независимо от способа приобретения ВИЧ-инфекции. Недавно была обнаружена

“Необходимо признать, что ВААРТ реально помогает потребителям наркотиков и сможет сделать даже больше для борьбы с ВИЧ, если антиретровирусная терапия будет более решительно применяться как составляющая комплексной профилактики”.

Д-р Хулио Монтанер,  
Президент Международного общества по СПИДу

вторичная способность ВААРТ снижать риск передачи ВИЧ.<sup>12-14</sup> ВААРТ является важным компонентом мер по профилактике ВИЧ, которому уделяется все больше и больше внимания.<sup>15</sup>

Незамедлительная реализация наступательной стратегии по ускоренному расширению предоставления антиретровирусной терапии (АРТ) всем нуждающимся в соответствии с последними медицинскими рекомендациями полностью оправдана.<sup>16</sup> Необходимость развертывания данной стратегии вызвана доказанными, ориентированными на пациента преимуществами ВААРТ, ее способностью снижать уровень связанных со СПИДом заболеваемости и смертности, что уже само по себе делает этот подход высокорентабельным.<sup>17</sup> Реализация стратегии не терпит отлагательств. Нельзя ждать, пока будет достигнут долгосрочный эффект влияния ВААРТ на распространение ВИЧ, хотя этот эффект может и варьироваться в зависимости от местной специфики и прочих условий.<sup>18-19</sup> Накопленные за последнее время данные, подтверждающие прямые и многочисленные косвенные эффекты расширения охвата ВААРТ, служат мощным стимулом для стремительного глобального развертывания ВААРТ.<sup>20</sup>

Расширение ВААРТ должно осуществляться в рамках «комплексной профилактики».<sup>7, 21</sup> Кроме того, расширение охвата должно предусматривать интенсивное выявление больных, а также поддерживающие и учитывающие культурные особенности стратегии, побуждающие людей, особенно труднодоступные группы, начать лечение и далее придерживаться его.<sup>22</sup> Быстрое расширение охвата антиретровирусной терапией должно осуществляться при полном соблюдении прав человека, включая необходимость уважать конфиденциальность пациентов.<sup>23</sup> Крайне важна оценка потенциального влияния модели «искать, тестировать, лечить и удерживать», выходящего за пределы медицинских показаний ВААРТ.<sup>24-25</sup> Текущие руководства по лечению мало что оставляют без внимания, поэтому использование подходов, основывающихся на традиционных рандомизированных клинических испытаниях, для долгосрочной оценки мер может быть затруднено и даже бесполезно.<sup>26-28</sup> Другие подходы, такие как модель «замедленный старт», могут оказаться более

“Любая научная работа, наблюдательная или экспериментальная, не завершена. Любая научная работа может быть опровергнута или дополнена с появлением новых знаний. Но это не дает нам право игнорировать те знания, которые у нас уже есть, или откладывать те действия, необходимость в которых присутствует именно сейчас”.

Сэр Остин Брэдфорд-Хилл

подходящими. Данная стратегия может ускорить развертывание ВААРТ в различных условиях и обеспечить должный уровень эффективности для различных групп населения. Тщательный мониторинг такого рода инициатив, осуществляемых в различных условиях, может дать ценные вводные для оптимизации эффективности.

### **Лечение как форма профилактики**

Существует множество фактов, говорящих в пользу того, что расширение охвата ВААРТ может способствовать снижению распространения ВИЧ.<sup>18, 31-36</sup> ВААРТ быстро и эффективно подавляет репликацию вируса, приводя к тому, что РНК ВИЧ-1 в плазме не обнаруживается в течение длительного периода времени. Как следствие, ВААРТ также снижает уровень РНК ВИЧ-1 в других биологических жидкостях, включая сперму и влагалищный секрет.<sup>7, 37-38</sup> Существуют исключения корреляции между концентрацией вируса в плазме и в других биологических жидкостях, поэтому консультации по вопросам безопасного секса и других методов снижения вреда очень важны.<sup>39</sup> Однако с точки зрения общественного здравоохранения, корреляция между ВААРТ и концентрацией РНК ВИЧ-1 в плазме и других биологических жидкостях достаточно сильна, особенно в контексте длительной, непрерывной и эффективной ВААРТ.

Исследования вертикальной передачи ВИЧ на практике подтверждают влияние ВААРТ на распространение инфекции.<sup>40</sup> При правильном применении ВААРТ риск вертикальной передачи ВИЧ практически исключен. В этой связи, ведется повсеместное расширение программ по ВААРТ, чтобы полностью искоренить неонатальный ВИЧ на глобальном уровне.<sup>41</sup>

Превентивная роль ВААРТ в ВИЧ-серодискордантных гетеросексуальных парах зафиксирована рядом наблюдательных исследований. Атия и др. провели мета-анализ пяти когорт гетеросексуальных ВИЧ-серодискордантных пар, охватив более 1000 человеко-лет наблюдения.<sup>13</sup> При получении ВИЧ-инфицированным партнером антиретровирусной терапии и вирусной нагрузки в плазме крови на уровне ниже 400 единиц/мл случаи передачи ВИЧ зарегистрированы не были. С учетом доверительного интервала риск передачи ВИЧ составил один случай на 79 человеко-лет. Ожидается, что еще более точные количественные данные о влиянии ВААРТ на передачу ВИЧ-инфекции будут получены в рамках исследования HPTN 052 – рандомизированного контролируемого исследования профилактического эффекта лечения с участием более 1700 серодискордантных гетеросексуальных пар, которое проводится в настоящее время под эгидой Национальных институтов здравоохранения (НИН).<sup>42</sup>

На уровне населения эффект первичного развертывания ВААРТ на передачу ВИЧ был задокументирован на Тайване и Британской Колумбии в 1996 году. Первичное развертывание ВААРТ на Тайване сопровождалось снижением числа новых диагнозов ВИЧ на 53% в период с 1996 по 1999 годы.<sup>43</sup> В Британской Колумбии (Канада), число новых случаев заражения ВИЧ сократилось приблизительно на 50% в год в течение того же периода, что совпало с внедрением ВААРТ.<sup>33</sup> Сокращение числа новых случаев инфекции на Тайване и Британской Колумбии также произошло при различных уровнях заражения сифилисом, который является индикатором рискованного сексуального поведения в сообществе. В период проведения исследования уровень распространения сифилиса на Тайване был стабильным, в то время как в Британской Колумбии происходил его плавный рост.<sup>33, 43</sup>

Основываясь на наблюдениях в Британской Колумбии, Лима и др. оценили потенциальное сокращение числа случаев заражения ВИЧ, связанное с поэтапным расширением охвата ВААРТ.<sup>44</sup> В модели также учитывалась резистентность к различным препаратам против ВИЧ, вызванная изменениями в приверженности лечению, поскольку расширение охвата подразумевает выход на труднодоступные группы населения, у которых могут быть

проблемы с приверженностью. В целом, данные свидетельствовали, что расширение охвата ВААРТ приведет к пропорциональному сокращению передачи ВИЧ, на которое не смогут оказать существенно повлиять ни снижение приверженности к лечению, ни повышение уровня резистентности. Следует отметить, что последнее как минимум частично зависит от того факта, что для поддержания устойчивых штаммов вируса необходим относительно высокий уровень приверженности. Слабая приверженность или ее отсутствие всегда позволяют резистентным штаммам стать преобладающими перед обычным, чаще всего диким, вирусом.<sup>45</sup> Помимо этого, устойчивый к препаратам ВИЧ характеризуется ухудшением физического состояния пациента, что чаще всего обусловлено снижением вирусной нагрузки РНК ВИЧ-1 в плазме – важным фактором снижения передачи ВИЧ.<sup>46</sup>

Уровень сопротивляемости к препаратам через 30 месяцев после начала ВААРТ у пациентов, ранее не получавших антиретровирусные препараты, был приблизительно одинаков, независимо от того, употребляли они когда-либо инъекционные наркотики или нет.<sup>47</sup> Недавнее исследование на уровне населения с участием пациентов из Британской Колумбии, которые начали антиретровирусную терапию в 1996–2008 годах, выявило сильное снижение числа случаев сопротивляемости к антиретровирусным препаратам, а также увеличение использования антиретровирусных препаратов и увеличение доли пациентов, добившихся уменьшения вирусной нагрузки.<sup>48</sup>

### ***Использование ВААРТ ВИЧ-инфицированными потребителями наркотиков***

Использование ВААРТ ВИЧ-инфицированными потребителями наркотиков является предметом споров в научной литературе. В ряде докладов высказано мнение, что социальная нестабильность, связанная с употреблением незаконных наркотиков, ставит под сомнение успешность ВААРТ.<sup>49-51</sup> В результате потребителям наркотиков могут реже назначать ВААРТ.<sup>52-53</sup>

Недавно была изучена эффективность применения ВААРТ потребителями наркотиков. Было проведено когортное исследование с участием

более 3000 пациентов с ВИЧ, не получавших ранее антиретровирусных препаратов, чтобы оценить результативность ВААРТ в зависимости от того, принимали они когда-либо инъекционные наркотики или нет. 915 пациентов были потребителями инъекционных наркотиков. Средняя продолжительность наблюдения составила более 5 лет. В целом, через 84 месяца после начала ВААРТ статистически показатели смертности в двух группах значительно не отличались; уровень риска смертности был 1,09 (95% ДИ, 0,92-1,29). Схожие результаты были получены, когда анализ был сведен к неслучайным смертям. Результаты свидетельствуют о том, что на уровне населения ВААРТ дает одинаковые преимущества для выживания людям, употребляющим и неупотребляющим инъекционные наркотики.

Сравнительно недавно была проведена оценка вторичного влияния ВААРТ на передачу ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков. 14 Учитывая, что использование нестерильного инъекционного инструментария является важным определяющим фактором передачи ВИЧ-инфекции, а также то, что такое поведение типично для многих, исследователи изучили вопросы передачи ВИЧ и применения ВААРТ на уровне сообщества. Исследование проводилось с участием двух уже существующих когорт из района Даунтаун-Истсайд (DTES) г. Ванкувер – самого бедного района в Канаде. На этой небольшой территории проживает большое число потребителей наркотиков, при этом высоко распространено употребление наркотиков внутривенно. В середине 1990-х годов в DTES было сформировано несколько когорт для оценки последствий ВИЧ для инфицированных людей, а также для оценки факторов риска, связанных с заражением ВИЧ, у неинфицированных. Таким образом, команда исследователей могла на полугодовой основе оценить «уровень РНК ВИЧ-1 в плазме сообщества» в ВИЧ-положительной когорте и показатель сероконверсии ВИЧ в ВИЧ-отрицательной когорте потребителей инъекционных наркотиков.

В многовариантной модели с поправками на использование нестерильного инъекционного инструментария, незащищенные половые контакты, этническое происхождение, ежедневное употребление кокаина, ежедневное употребление героина и проблемы с жильем медианное значение

«уровня РНК ВИЧ-1 в плазме сообщества» оставалось связанным по времени до сероконверсии при относительном риске вреда 3.32 (1.82-6.08,  $p < 0.001$ ) на  $\log_{10}$  увеличение вирусной нагрузки РНК ВИЧ-1 в плазме. Основной причиной постепенного снижения уровня РНК ВИЧ-1 в плазме, наблюдаемого в этой когорте, было использование ВААРТ, которое увеличилось с 8% в 1996 году до 99% в 2007 году. Эти результаты впервые показали, что лонгитюдное измерение «уровня РНК ВИЧ-1 в плазме сообщества» связано с показателем заболеваемости ВИЧ в сообществе и может прогнозировать уровень заболеваемости независимо от рискованного сексуального поведения и использования нестерильного инъекционного инструментария при употреблении наркотиков. Эти результаты являются весомым аргументом в пользу пересмотра дихотомии профилактики и лечения ВИЧ, а также говорят о необходимости активного расширения ВААРТ для ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков.

### ***Упущенные возможности применения модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» к потребителям наркотиков***

Употребление наркотиков играет серьезную роль в распространении ВИЧ. Хотя существует ряд мер, позволяющих успешно бороться с распространением ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков, необходимо срочно обратить еще большее внимание на проблему распространения ВИЧ у потребителей неинъекционных наркотиков. Необходим энергичный подход к профилактике ВИЧ, чтобы повернуть вспять текущие тенденции, наблюдаемые у потребителей наркотиков по всему миру. Анализ причин того, почему потребители наркотиков не проходили тестирование на ВИЧ или не лечились, крайне важен, так как ведется поиск оптимальных путей тестирования и лечения. Как уже описывалось выше, модель «искать, тестировать, лечить и удерживать» включает в себя выход на труднодоступные группы повышенного риска, которые в недавнем времени не проходили тестирование (искать); привлечение их для тестирования на ВИЧ (тестировать); начало, мониторинг и поддержание ВААРТ для тех, чьи результаты тестов оказались положительными (лечить); и удержание их для лечения (удерживать).

В ходе консультационной встречи д-р Нора Волков, директор NIDA, говорила об упущенных возможностях

привлечения людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, к тестированию на ВИЧ в центрах лечения зависимости от психоактивных веществ. Д-р Волков отметила, что менее трети программ по лечению от наркотической зависимости в США<sup>55</sup> и только половина программ Сети клинических испытаний (СКИ) NIDA предлагают услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ.<sup>56</sup> Она также представила данные Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), согласно которым всего лишь 0,4% людей в возрасте от 18 до 64 лет, проходивших тестирование на ВИЧ в 2006 году, сделали это в учреждениях по лечению от наркотической зависимости.<sup>57</sup>

Чтобы лучше понять факторы, влияющие на готовность к тестированию в центрах по лечению наркотической зависимости, СКИ недавно провела исследование под кодом CTN 0032: «Быстрое тестирование на ВИЧ и консультирование», которое возглавляли д-р Метш и д-р Колфакс. Исследование проводилось в 12 учреждениях, занимающихся лечением зависимости, по всей стране. Оно состояло из трех компонентов: (1) быстрое тестирование на ВИЧ на территории учреждения, плюс краткая консультация по вопросам профилактики, адаптированная под пациента; (2) быстрое тестирование на территории учреждения и предоставление базовой информации; и (3) направление на тестирование в другом месте. Когда данные исследования будут полностью проанализированы, будет получена картина об относительной эффективности этих трех стратегий в обеспечении прохождения участниками программ тестирования на ВИЧ, получения результатов и снижения рискованного сексуального поведения. Д-р Волков представила некоторые предварительные результаты исследования. Общее количество пациентов – 2452; демография пациентов следующая: женщины – 41,3%, латиноамериканцы – 10,4%, чернокожие – 27,2%, белые – 59,7%; 46,3% участников – потребители инъекционных наркотиков. 28% участников прошли тестирование на ВИЧ в прошлом году; 52% прошли тестирование ранее, чем год назад; и 20% никогда не проходили тестирование. (CDC рекомендует ежегодное тестирование для людей из уязвимых социальных групп.) По данным исследования, 96,4% прошедших тестирование – ВИЧ-отрицательные, 3,6% – ВИЧ-положительные. Согласно

информации до и после рандомизации, от 70% до 80% согласились бы пройти тестирование на ВИЧ. Основные причины, по которым люди не проходили тестирование раньше: «не нашел/-ла место, где это можно сделать» и «отрицание риска».

### Тестирование на ВИЧ: разбивка по полу N=2452

$\chi_{(2)}=75,79$ $p<0,0001$	В прошлом году	Больше, чем год назад	Никогда
женщины	30,6%	57,6%	<b>11,9%</b>
мужчины	25,5%	48,3%	<b>26,2%</b>

### Тестирование на ВИЧ: разбивка по расовому/ этническому происхождению N=2385

$\chi_{(6)}=107,3$ $p<0,0001$	В прошлом году	Больше, чем год назад	Никогда
латиноамериканцы	<b>22,3%</b>	57,4%	<b>20,3%</b>
чернокожие	<b>41,4%</b>	47,2%	<b>11,7%</b>
белые*	<b>22,2%</b>	53,3%	<b>24,5%</b>

\* - кроме латиноамериканцев; Примечание: категория «прочие» не показана

Д-р Волков также перечислила основные сложности, связанные с лечением ВИЧ потребителей наркотиков:

- Приверженность лечению ВИЧ будет слабой без адекватного лечения от наркотической зависимости;
- Проблемой является позднее тестирование (т.е. болезнь прогрессировала, значит, уровень смертности высокий);
- У многих ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков есть сопутствующие заболевания и расстройства (т.е. ко-инфекции и проблемы психического здоровья).

### Лечение ВИЧ/СПИДа у населения, употребляющего наркотики

Д-р Рой М. Гулик из медицинского колледжа Вейла Корнелла, рассмотрел вопрос использования АРТ в лечении ВИЧ/СПИДа. Он отметил, что антиретровирусная терапия меняет естественное развитие ВИЧ-инфекции, предотвращая клиническое

прогрессирование.<sup>58-59</sup> С появлением эффективных комбинаций антиретровирусной терапии в середине 1990-х годов и быстрым распространением ее клинического использования в развитых странах, уровень смертности людей с ВИЧ/СПИДом снизился на две трети в период с 1995 по 1997 гг. С конца 1990-х годов АРТ стала более простой для приема, менее токсичной и более эффективной. Сегодня эффективные схемы АРТ очень просты; это может быть одна таблетка перед сном. Использование АРТ в развивающихся странах начало стремительно расти после 2000 года. Предположительно, сегодня в развивающихся странах АРТ принимают около 4 миллионов человек с ВИЧ, в то время как клиническая эффективность близка к показателям в развитых странах.

Несмотря на этот существенный прогресс, д-р Гулик отметил, что сложности, связанные с доступом, приверженностью, токсичностью и устойчивостью к препаратам, все еще актуальны, особенно у уязвимых социальных групп. Некоторые группы начинают получать пользу от АРТ намного позже, чем остальные. К таким группам относятся потребители инъекционных наркотиков, у которых продолжительность жизни ниже из-за ряда факторов, таких как доступ, приверженность и сопутствующие состояния (включая психические расстройства и ВГС).<sup>59</sup> Несмотря на то, что АРТ существует уже более 20 лет, все еще задаются основные клинические вопросы: Когда начинать АРТ? Какую схему использовать? Когда менять схему АРТ? На какую схему АРТ переходить?

### Когда начинать АРТ?

По словам д-ра Гулика, оптимальное время, когда следует начинать применение АРТ, неизвестно.<sup>27,60-63</sup> Относительно вопроса, когда следует начинать антиретровирусную терапию: аргументом в пользу раннего начала АРТ может служить тот факт, что ВИЧ-инфекция прогрессирует, а АРТ снижает уровень РНК ВИЧ (вирусной нагрузки) в крови и риск появления резистентности к препаратам, повышает количество CD4 лимфоцитов и улучшает общую иммунную функцию, тем самым задерживая или предотвращая клинические осложнения (как связанные, так и не связанные с ВИЧ). Кроме того, схемы АРТ надежны и способствуют снижению передачи ВИЧ-инфекции. Аргументами в пользу более позднего начала АРТ

могут служить факторы практического характера, такие как необходимость длительного соблюдения схемы лечения; а также то, что может возникнуть интоксикация, долгосрочные побочные эффекты АРТ неизвестны, а риск клинических осложнений на ранней стадии ВИЧ невелик.

Текущим стандартом для начала АРТ является появление симптоматики ВИЧ и/или количество CD4 лимфоцитов менее чем 350/мм<sup>3</sup>.

### Рекомендации к началу АРТ

	СПИД/ Sx	CD4 <200	CD4 200-350	CD4 350-500	CD4 >500
DHHS '09 www.aidsinfo.nih.gov	ДА	ДА	ДА	ДА	ДА (опционально)
IAS-USA '08 Hammer JAMA 2008; 300:555	ДА	ДА	ДА	зависит от пациента	зависит от пациента
UK '08 www.bhiva.org	ДА (кроме случаев туберкулеза)	ДА	ДА	клиническое испытание	клиническое испытание
EACS '09 www.eacs.eu	ДА	ДА	ДА	в некоторых случаях	отложить
WHO '09 www.who.int/hiv/ pub/guidelines/ adult/en/	ДА	ДА	ДА	НЕТ	НЕТ

Международные руководства также учитывают ситуации, когда пациенту необходимо начать АРТ при количестве CD4 лимфоцитов >350/мм<sup>3</sup>, включая: вирусный гепатит В, требующий лечения, нефропатия, вызванная ВИЧ, беременность и сопутствующая инфекция вируса гепатита С.<sup>60-61</sup> Европейское руководство также предлагает рассмотреть вопроса начала АРТ у пациентов с количеством CD4 лимфоцитов >350/мм<sup>3</sup>, которые старше 50 лет или у которых количество CD4 лимфоцитов снижается более чем на 50-100 клеток/мм<sup>3</sup> в год, при концентрации РНК ВИЧ >100 000 единиц/мл, при высоком риске сердечнососудистых заболеваний и/или при злокачественных образованиях.<sup>61</sup> Учитывая улучшенную АРТ и появляющиеся данные об увеличении клинических случаев, не связанных с ВИЧ, по результатам когортных исследований, в руководстве по АРТ Министерства здравоохранения и социальных услуг США (DHHS) были пересмотрены рекомендации по раннему началу терапии.<sup>62</sup> Теперь,

согласно данного руководства, рекомендуется назначать АРТ пациентам с количеством CD4 лимфоцитов 350-500/мм<sup>3</sup>. В руководстве также предусмотрены варианты начала терапии при количестве CD4 клеток >500/мм<sup>3</sup>. Последнее руководство ВОЗ не рекомендует начинать АРТ пациентам с количеством CD4 лимфоцитов >350/мм<sup>3</sup>. Во всех руководствах по АРТ подчеркивается, что ключевым фактором для определения оптимального времени начала АРТ является готовность самого пациента.

### **Какую схему использовать?**

Д-р Гулик пояснил, что препараты АРТ подразделяются на 6 отдельных классов в соответствии с механизмом их действия. Первым классом антиретровирусных препаратов, одобренным в 1987 году, были нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ).<sup>64</sup> К середине 1990 годов были одобрены еще два класса препаратов: ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)<sup>65-66</sup> и ингибиторы протеазы (ИП).<sup>67-69</sup> Четвертый класс препаратов был одобрен только в 2003 году: первый ингибитор слияния.<sup>70-71</sup> В 2007 году было одобрено еще два класса: первый антагонист хемокинового рецептора CCR5<sup>72-73</sup> и первый ингибитор интегразы.<sup>74-75</sup> В дополнение к появлению новых классов препаратов становились доступными новые варианты препаратов, включая комбинации из двух-трех препаратов в одной капсуле для улучшения приверженности.

Для начала лечения последними руководствами по АРТ рекомендована схема, состоящая из трех антиретровирусных препаратов, чаще всего двух нуклеозидных/нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы и ненуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы.<sup>27,60-63</sup> Американское руководство по АРТ также рекомендует комбинацию из двух нуклеозидных/нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы и ингибитора протеазы.<sup>62</sup> Эти схемы продемонстрировали действенное и длительное подавление вируса, увеличение количества CD4 лимфоцитов и укрепление общего иммунитета. В рамках каждого класса препаратов руководства предлагают предпочтительные, альтернативные и допустимые варианты, исходя из эффективности препаратов, удобства применения,

токсичности, профиля лекарственной устойчивости и других факторов.

Текущим руководством DHHS по АРТ рекомендуется в качестве предпочтительной терапии для начального лечения ВИЧ нуклеозидную комбинацию аналогов нуклеозидов – тенофовира/эмтрицитабина (единая формула) и ННИОТ – эфавиренца (объединен с тенофовиром/эмтрицитабином в схему из трех препаратов, применение которой сводится до приема одной капсулы в день); либо ингибитора протеазы (ИП), атазанавира или дарунавира (каждый из них принимается вместе с небольшой дозой ритонавира, чтобы увеличить концентрацию препаратов); либо ингибитора интегразы, ралтегравира.<sup>62</sup>

Текущее руководство ВОЗ по АРТ в качестве предпочтительной терапии для начального лечения ВИЧ-инфекции рекомендует двойные комбинации аналогов нуклеозидов, тенофовира + эмтрицитабина, или тенофовира + ламивудина, или зидовудина + ламивудина, в сочетании с ННИОТ – эфавиренцем или невирапином.<sup>63</sup> Эти рекомендации сделаны не только с учетом эффективности, удобства, токсичности и лекарственной устойчивости, но и с точки зрения доступа, наличия (включая генерические формы) и стоимости. НИОТ, который рекомендовался в предыдущей версии руководства, ставудин (d4T), больше не рекомендуется из-за своих побочных эффектов, включая периферическую нейропатию, лицеую липоатрофию и молочно-кислый ацидоз.

Выбор начальной схемы лечения требует взвешенной оценки ряда индивидуальных особенностей пациента, таких как: существовавший ранее устойчивый к препаратам вирус; переносимость (как острая, так и хроническая); готовность соблюдать схему лечения; удобство (например, количество таблеток, интервалы между приемом, привязка к приему пищи, диетологические требования); стадия ВИЧ-инфекции; сопутствующие состояния (например, психические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами, вирусный гепатит); взаимодействие препаратов; учет будущих вариантов лечения; доступ; и стоимость. Оптимальная схема антиретровирусных препаратов – та, которая адаптирована под конкретного пациента.

## Когда менять схему АРТ?

Хотя большинство пациентов успешно проходят АРТ, кому-то курс может не принести результатов, что требует смены схемы лечения. В этом случае в первую очередь следует установить причину(-ы) неудачного лечения и устранить их при выборе следующей схемы АРТ.

В руководстве DHHS по АРТ описаны специфические условия, определяющие неудачу лечения:

- Вирусологическую неудачу можно охарактеризовать как неполный вирусологический ответ, т.е. концентрация РНК ВИЧ >400 копий/мл к 24 неделям или >50 единиц/мл к 48 неделям, или вирусная отдача (т.е. после первоначального подавления вируса повторное или постоянное выявление вiremии).<sup>62</sup> Продолжение АРТ в условиях подавления вирусной активности со временем ведет к мутации и появлению штаммов вируса, устойчивых к препаратам текущей схемы. Из-за перекрестной устойчивости эти штаммы могут быть устойчивыми к другим препаратам этого класса. Вирусологическая неудача является самой распространенной формой неудачи лечения и требует незамедлительной смены схемы АРТ.
- Иммунологическая неудача – это неспособность повысить и поддерживать необходимое число лимфоцитов CD4 (несмотря на подавление вирусной активности), которая наблюдается приблизительно у 10-15% пациентов.<sup>62</sup> Некоторые причины иммунологической неудачи можно установить и устранить (например, лейкопению, вызванную действием препарата). У многих пациентов иммунологическая неудача происходит по неизвестным причинам. В таких случаях есть несколько других вариантов (иногда их может не быть), что лучше, чем просто продолжать подавляющую вирусную активность АРТ.
- Наконец, клиническая неудача – это развитие или повторное возникновение неблагоприятных клинических событий, связанных с ВИЧ. Оценивая клиническую неудачу, важно исключить синдром иммунной реконституции (СИР) – воспалительные проявления, которые обычно происходят в течение первых 3 месяцев после начала приема схемы АРТ. Лечение СИР (если это необходимо)

обычно производится противовоспалительными препаратами (нестероидными или стероидами); в этой ситуации АРТ, как правило, продолжается.<sup>76</sup>

*В условиях ограниченных ресурсов, рекомендации ВОЗ по АРТ иначе определяют неудачу лечения:*

Вирусологическая неудача определяется как постоянный уровень РНК ВИЧ выше 5000 копий/мл. Для подтверждения неудачи лечения руководство рекомендует проводить тест на вирусную нагрузку каждые 6 месяцев (если это возможно). Когда тестирование на концентрацию РНК ВИЧ недоступно, Рекомендации предлагают использовать иммунологические критерии для подтверждения неудачи. Предыдущие исследования подтвердили, что клиническое наблюдение само по себе (т.е. смена АРТ после СПИД-ассоциированного заболевания) приводило к росту смертности и прогрессированию болезни по сравнению с иммунологическим и клиническим наблюдением<sup>77</sup> или вирусологическим, иммунологическим и клиническим.<sup>78</sup> Одним из опасений, связанных с установлением более высокого порога концентрации РНК ВИЧ (>5000 единиц/мл), является выделение штаммов вируса, устойчивых к препаратам.

Хотя в рекомендациях ВОЗ подчеркивается, что следует избегать перехода на дорогую терапию второго ряда без особой необходимости, вопрос выделения устойчивых штаммов вируса в контексте оптимального управления АРТ продолжает стоять.

## На какую схему АРТ переходить?

Д-р Гулик сослался на руководство DHHS по АРТ в качестве одного из подходов к выбору следующей схемы АРТ.<sup>62</sup> Во-первых, необходимо рассмотреть цели терапии. Текущей целью для всех ВИЧ-инфицированных пациентов, проходящих АРТ, независимо от предыдущего лечения, является максимальное подавление вирусной активности (например, концентрация РНК ВИЧ <50 единиц/мл). Однако для некоторых пациентов, которые получали интенсивное лечение и исчерпали все варианты, разумной целью будет поддержание иммунитета и предотвращение прогрессирования заболевания. Необходимо изучить историю применения АРТ, оценить приверженность и переносимость в отношении предыдущей схемы.

Необходимо также учесть возможное взаимодействие антиретровирусных препаратов друг с другом и с лекарствами от сопутствующих заболеваний. Следует провести тест на лекарственную устойчивость во время курса или в течение 4 недель после его прекращения. Для терапии первого и второго ряда рекомендуется проведение генотипирования; в случае неудачи последующих схем лечения, рекомендуется проведение как генотипирования, так и фенотипирования. На основе изучения истории применения АРТ и результатов тестов на лекарственную устойчивость необходимо выявить чувствительные препараты и их классы, а также рассмотреть возможность применения новых агентов, в том числе доступных через альтернативные источники и в рамках клинических испытаний. Конечной целью является выработка новой схемы, состоящей из двух (желательно трех) полнофункциональных агентов. Данная стратегия дает наилучшие шансы восстановить вирусологический контроль.

Руководство ВОЗ по АРТ в условиях ограниченных ресурсов концентрирует внимание на вариантах АРТ второго ряда в случае неудачи препаратов первого ряда. Руководством рекомендовано использование ингибитора протеазы, усиленного ритонавиром (атазанавиром или лопинавиром) и двух аналогов нуклеозидов. В плане выбора НИОТ рекомендуется следующее: если в качестве препаратов первого ряда использовался ставудин или зидовудин, следует применить тенофовир (вместе с ламивудином или эмтрицитавином) в качестве препарата второго ряда; если тенофовир использовался в качестве препарата первого ряда, следует применить зидовудин + ламивудин в качестве препаратов второго ряда. В условиях ограниченности ресурсов также становятся доступны новые препараты, включая дарунавир и ралтегравир.

### **Каковы следующие шаги исследований в области АРТ?**

Вопрос оптимального времени начала АРТ сейчас изучается в рамках крупного клинического исследования, получившим название START, в рамках которого планируется наблюдение за более чем 4000 пациентов, ранее не получавших АРТ, с количеством CD4 лимфоцитов >500 клеток/мм<sup>3</sup>. Пациенты в случайном порядке будут начинать

получать АРТ сразу или же после того, как количество CD4 лимфоцитов будет <350 клеток/мм<sup>3</sup>. Также осуществляется ряд сравнительных исследований с целью сопоставления схем лечения АРТ, в том числе и с исследуемыми препаратами. Новые и инновационные составы АРТ могут позволить снижение частоты приема (например, раз в неделю, два раза в месяц, раз в месяц); планируются клинические испытания.

**“Лекарства не помогают пациентам, которые их не принимают”.**

Д-р Эверетт Куп,  
бывший главный врач службы здравоохранения  
США

## **Приверженность АРТ у потребителей наркотиков**

В ходе консультационной встречи д-р Роберт Гросс (медицинский факультет Университета Пенсильвании), рассмотрел вопрос приверженности антиретровирусной терапии, который является приоритетным в контексте ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков. Он сказал, что активные потребители наркотиков представляют более высокий риск передачи ВИЧ в силу своего поведения (включая продолжающееся использование нестерильного инъекционного инструментария, а также половые контакты с множественными партнерами в обмен на наркотики или деньги). Отсутствие приверженности лечению и профилактике ВИЧ увеличивает риск передачи ВИЧ от инфицированных потребителей наркотиков. Более того, так как частичное соблюдение схемы лечения ведет к возникновению резистентного ВИЧ, активные потребители наркотиков подвержены риску развития устойчивого к препаратам вируса и его дальнейшей передачи.

На сегодняшний день нет эффективной модели прогнозирования приверженности у людей, употребляющих наркотики. Хотя приверженность к лечению в прошлом во многом предопределяет приверженность в дальнейшем, со временем приверженность к лечению может либо усилиться, либо ослабнуть. Учитывая жизненно важную роль антиретровирусной терапии, было бы в корне неправильно пренебрегать АРТ только

из опасения несоблюдения схемы лечения. Намного целесообразнее создавать условия, которые максимально повышают приверженность потребителей наркотиков к лечению. Далее будут рассмотрены некоторые аспекты приверженности режиму лечения потребителей наркотиков, включая связь между приверженностью и результатами лечения, методы оценки приверженности, барьеры, препятствующие приверженности, а также меры по ее улучшению.

### **Приверженность и результаты лечения**

За последние 15 лет было проведено множество исследований, использовавших различные методы измерения приверженности; они выявили связь между приверженностью и результатами лечения.<sup>79-83</sup> По данным большинства исследований, более половины участников добиваются успеха в лечении, если принимается более 80% доз. В случае приема 95% доз, лечение успешно для подавляющего большинства участников (т.е. больше чем для 8 из 10).

По словам д-ра Гросса, приверженность антиретровирусной терапии особенно важна, поскольку последствия неудачи лечения весьма серьезные (т.е. продолжение репликации вируса, возникновение устойчивости и смерть). Зависимость между приверженностью лечению и выживанием менее сильна; доля пациентов, выживающих при более низком уровне приверженности, выше, чем доля пациентов, выживающих при таком же уровне подавления вирусной активности.<sup>54, 80, 84-85</sup> Таким образом, антиретровирусная терапия спасает жизни даже при субоптимальном уровне приверженности лечению. Причины данного наблюдения не объяснены до конца, но могут быть связаны со сниженным иммунопатогенезом или частично подавленным и/или устойчивым вирусом.

Связь между приверженностью и развитием резистентного вируса менее понятна и, скорее всего, зависит от механизма резистентности, фармакокинетики и фармакодинамики.<sup>7, 86-87</sup> В случае с некоторыми препаратами, самая высокая доля риска развития устойчивости возникает при очень высокой степени приверженности, в то время как в случае с другими препаратами, средний уровень приверженности связан с самой высокой долей риска.<sup>88</sup> И, как видно из результатов исследований

в области передачи от матери ребенку, даже одна доза антиретровирусного препарата с последующим прекращением приема (что практически равносильно полному отсутствию приверженности) приводит к более высокому уровню неудач лечения.<sup>89</sup> Учитывая сложность этих взаимосвязей, отсутствие порогового значения, которое бы наверняка снижало риск устойчивости, шансы на выживание, которые растут с увеличением уровня приверженности, а также невозможность предсказать результат лечения в каждом конкретном случае, пациентам рекомендуется быть как можно приверженнее медикаментозному режиму.

### **Оценка приверженности**

По словам д-ра Гросса, существует множество методов оценки приверженности, у каждого из которых есть свои преимущества и ограничения. Самоотчеты могут приниматься персоналом или посредством компьютеризированного самоинтервью.<sup>90</sup> Преимущество состоит в прямом контакте с пациентом. Недостаток заключается в необходимости непредвзято задавать вопросы / в комфортной обстановке, что не всегда возможно в условиях клиники. Также, при обработке данных за период больше чем несколько дней, для обобщения более детальной информации, или же данных за месяц, для обобщения базовой информации, полученный результат, скорее всего, не будет точным. Кроме того, самоотчеты могут быть неполными, т.к. пациент может забыть или намеренно умолчать о пропущенной дозе.<sup>91</sup>

Преимущество учета получаемых в аптеке препаратов заключается в большей объективности, данные получаются в рутинной обстановке и могут отражать информацию о приверженности лечению, охватывающую длительные периоды времени.<sup>92-93</sup> Недостатком является возможная недостоверность информации, т.е. наличие лекарств еще не означает их прием; получение препарата также может совпадать с визитом к врачу. Микроэлектронный мониторинг считается самым точным средством оценки приверженности, но этот способ слишком дорог практически во всех условиях и иногда неудобен, поскольку препарат должен упаковываться вместе с микросчетчиком (часто не позволяя пользоваться такими средствами, как таблетки).<sup>94</sup> Другие методы оценки используются намного реже, но в

определенных условиях применимы. Такие методы включают измерение концентрации препаратов в плазме крови и в волосах.<sup>95-96</sup>

Как и в случае со злоупотреблением психоактивными веществами, приверженность лечению – это меняющееся со временем поведение.<sup>97</sup> Человек, который привержен сейчас, может перестать быть приверженным позже и наоборот. Многие исследования показывают, что приверженность большей части людей, изначально высокая, со временем ослабевает. Таким образом, особенно важно периодически оценивать приверженность, а не полагаться на то, что после достижения высокого уровня приверженности, он будет сохраняться. Следовательно, вне зависимости от того, какой метод оценки используется, приверженность следует оценивать повторно, чтобы охватить нужный период времени.

Частота оценки приверженности зависит от цели оценки и используемого метода. Обычно целью оценки в клинических условиях является определение необходимости дополнительных мер по улучшению приверженности. Хотя приверженность обусловлена целым рядом факторов, а связь между неприверженностью и неудачей лечения зачастую зависит от особенностей пациента и назначенной терапии, чем скорее будут предприняты меры по решению выявленной проблемы приверженности, тем больше шанс избежать неудачи лечения. Длительность временного отрезка между началом неприверженности и моментом, когда неудача лечения уже не может быть предотвращена, пока точно не определена, но счет, скорее всего, идет на недели или месяцы.<sup>98</sup>

Если для мер по устранению проблем приверженности важны самые ранние сигналы, желательно проводить оценку через более короткие промежутки времени. Однако оценка должна быть взвешенной, так один пропуск приема препарата может быть расценен как несоблюдение схемы лечения. Одна пропущенная доза не может быть предвестником клинически значимой неприверженности.<sup>99</sup> С другой стороны, практика длительных интервалов (от 6 месяцев до 1 года) увеличивает риск упустить момент, когда неудачи лечения еще можно избежать. Поэтому рекомендуется

проводить оценку с периодичностью от 1 до 3 месяцев.

### ***Злоупотребление психоактивными веществами и приверженность АРТ***

Факторы риска у людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, в основном такие же, как и у остальных людей. Барьеры, препятствующие приверженности лечению, возникают по ряду причин. К ним относятся личные качества, особенности схемы лечения, а также вопросы культурного и экологического характера. Некоторые, но не все, демографические характеристики связаны с приверженностью. Большая приверженность обычно наблюдается в старшем возрасте, возможно, это вызвано более стабильным образом жизни, начинающимся с возрастом.<sup>100-102</sup> Связь между полом и приверженностью может зависеть от условий и меняться в зависимости от образа жизни. Некоторые исследования показывают, что у ВИЧ-инфицированных женщин из развитых стран уровень приверженности несколько ниже, чем у мужчин,<sup>103-105</sup> в то время как в развивающихся странах вопрос остается открытым. Другие демографические характеристики, такие как расовая принадлежность и социально-экономический статус, как правило, не ассоциируются с приверженностью.

*Злоупотребление психоактивными веществами уже само по себе гарантирует пристальное внимание, поскольку является серьезным фактором риска несоблюдения схемы лечения.*<sup>106-108</sup> Ряд исследований был сфокусирован на активном употреблении психоактивных веществ; опыт употребления в прошлом не считается фактором риска несоблюдения схемы антиретровирусной терапии. С другой стороны, активное злоупотребление психоактивными веществами создает барьер, препятствующий приверженности лечению, ослабляя рассудительность, сдвигая приоритеты в пользу наркотической эйфории, а не лечения, и, в целом, приводя к беспорядочному образу жизни.<sup>109</sup> Злоупотребление психоактивными веществами также приводит к изменениям сенсорики и провалам в памяти; наиболее часто называемая причина неприверженности – это забывчивость.<sup>110</sup>

*Тип употребляемого психоактивного вещества может повлиять на степень риска. Употребление*

алкоголя сильно связано с низкой приверженностью в различных условиях, включая развивающиеся страны;<sup>111-113</sup> с ней же связано и употребление марихуаны.<sup>114</sup> Влияние других психоактивных веществ может различаться, в зависимости от специфики их приобретения и последующего поведения.

*Другой серьезный барьер на пути к соблюдению режима лечения – это депрессия.* Люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, особенно подвержены риску депрессии, поскольку употребление таких веществ может играть роль самолечения от депрессии, а также потому, что социальные и правовые последствия их употребления могут привести к достаточно сложным жизненным обстоятельствам.<sup>115</sup> Трудные условия жизни могут вызвать у впечатлительных людей депрессию. Люди, пребывающие в состоянии депрессии, часто изнурены и с трудом справляются с повседневными задачами, например такими, как прием лекарств. Их способность планировать (например, получение лекарств) также ослаблена и может привести к пропуску приема дозы.

*Уровень грамотности в вопросах здоровья может быть связан с несоблюдением схемы лечения в развитых странах, хотя до конца не ясно, как это происходит.*<sup>116-117</sup> Возможно, людям с более низким уровнем грамотности более сложно ориентироваться в системе здравоохранения, а значит сложнее получить помощь в случае проблем, связанных с доступом к препаратам, или при возникновении побочных эффектов.<sup>118-120</sup> Либо же уровень грамотности в области здоровья – это показатель каких-либо других социальных и психологических проблем, на самом деле являющихся причиной отсутствия приверженности.

*Отношения человека, злоупотребляющего психоактивными веществами, с системой здравоохранения обычно сложнее, чем у остальных людей.*<sup>121-125</sup> Нежелательное с точки зрения общества поведение зачастую приводит к маргинализации людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, и препятствует их доступу к уходу. Соответственно, с приверженностью связано доверие к медицинскому учреждению, т.е. поставщику услуг.<sup>126</sup> Если поставщик услуг не осуждает злоупотребление психоактивными веществами, человек будет больше склонен признать барьеры, препятствующие

приверженности лечению, и тогда поставщик сможет помочь в их устранении. Кроме того, такой поставщик сам может быть больше заинтересован и успешен в определении и устранении этих барьеров.

*Специфика схемы лечения сама по себе может влиять на приверженность.* Чем больше назначено приемов лекарств в день, тем выше вероятность пропущенных доз.<sup>127</sup> Сейчас большинство схем принимается один раз в день, хотя и не всегда. И хотя при схеме, предписывающей прием препаратов два раза в день, может быть пропущено больше доз, чем при разовом приеме,<sup>128</sup> с точки зрения подавления вирусной активности пропуск дозы при двухразовом приеме менее опасен, чем при разовом.<sup>129</sup> Побочные эффекты, вызванные препаратом или по ошибке приписанные его действию, часто называются в качестве причины несоблюдения схемы лечения.<sup>130</sup> Гастроэнтерологические (т.е. диарея и тошнота) и неврологические побочные эффекты (т.е. головные боли и нарушения сна) возникают при приеме антиретровирусных препаратов особенно часто и либо проходят, либо не проходят со временем. У людей с зависимостью от опиатов, получающих поддерживающую терапию метадонном, возникают побочные эффекты, вызванные взаимодействием между препаратами, которые снижают концентрацию метадона и ускоряют появление абстинентного синдрома.<sup>131</sup> Поэтому, если есть такая возможность, при назначении схемы лечения следует учитывать предпочтения пациента, касающиеся частоты приема препаратов, а также вопрос переносимости.

*Недостаток социальной поддержки является еще одним фактором риска несоблюдения схемы лечения.*<sup>132-134</sup> ВИЧ-инфекция, также как и злоупотребление психоактивными веществами, подвергается стигме. Многие пациенты никому не говорят о своем ВИЧ-статусе, кроме врачей.<sup>135-137</sup> Следовательно, такие люди изолированы из-за своей болезни. Им не хватает понимания и помощи в решении проблем, связанных с приемом лекарств, которые могла бы дать социальная поддержка. Кроме того, если человек вынужден прятать лекарства от других, это препятствует их приему. Такие пациенты пропускают прием лекарств в ситуациях, когда это может привести к случайному разглашению их ВИЧ-статуса.

В целом, в развивающихся странах приверженность лечению у людей, имеющих доступ к антиретровирусным препаратам, выше, чем в развитых странах. Во-первых, в развивающихся странах доступ к антиретровирусным препаратам более ограничен, поэтому получение доступа к препаратам требует от человека больших усилий, нежели в развитых странах. Во-вторых, во многих развивающихся странах наблюдается высокий уровень смертности, а средняя продолжительность жизни сильно снизилась из-за СПИДа. Это делает преимущества антиретровирусной терапии более явными, что может сказаться на большей приверженности лечению. Тем не менее, некоторые проблемы с приверженностью более типичны в условиях ограниченности ресурсов. К этим проблемам относится отсутствие продовольственной безопасности,<sup>138-139</sup> что подразумевает временные и прочие затраты не в пользу антиретровирусных препаратов, даже если последние бесплатны. Перебой в обеспечении препаратами<sup>140</sup> – проблема, связанная с логистикой в местах, где неразвитая инфраструктура препятствует расширению антиретровирусной терапии.

### **Меры по улучшению приверженности режиму лечения потребителей наркотиков**

На сегодняшний день было опробовано множество мер, направленных на улучшение приверженности антиретровирусной терапии.<sup>141</sup> К ним относятся технологические и поведенческие меры, а также их сочетания. В целом, более простые меры краткосрочного характера с меньшим числом компонентов менее успешны, чем комплексные долгосрочные меры.

Клинические условия являются важным фактором приверженности пациента лечению, поэтому в учреждениях, предлагающих широкий спектр услуг по лечению и уходу, можно добиться большей степени приверженности. Поскольку приверженность требует понимания схемы лечения, отправной точкой любой меры должно быть предоставление четкой информации, касающейся ожидаемого поведения, действия препаратов, возможных побочных эффектов и необходимости соблюдать схему лечения, несмотря на сложности. Предоставление напоминающих инструментов, таких как таблетницы, может привести к определенным результатам.<sup>142</sup> Денежные

вознаграждения (ситуационное управление) за соблюдение схемы лечения также имеют некоторый эффект, который длится до тех пор, пока они выплачиваются.<sup>147</sup> Простые системы напоминаний с использованием мобильного телефона или пейджера малоэффективны либо вообще неэффективны, когда используются в отдельности.

Курсы лечения под строгим медицинским контролем (DOT) являются самой хорошо изученной моделью. Хотя можно подумать, что это довольно простая мера, DOT состоит из наборов компонентов. К ним относятся логистические вопросы доступа к препаратам, напоминания о приеме лекарств, своевременное выявление нарушения приверженности и незамедлительное реагирование на вызвавшую ее причину (например, возобновление употребления психоактивных веществ). В рамках недавнего мета-анализа было установлено, что DOT не дает клинически значимого эффекта у людей, не получавших ранее лечение. Однако этот многосторонний подход может принести пользу людям групп повышенного риска, употребляющим наркотики. Поведенческие подходы, основанные на решении проблем и когнитивно-поведенческой терапии, вселяют надежду; в настоящее время ведутся клинические испытания.

Приверженность лечению называют ахиллесовой пятой антиретровирусной терапии. Хотя существующие в настоящее время схемы лечения позволяют добиться очень высоких результатов в идеальных условиях, нарушения приверженности сильно влияют на эффективность препаратов. До сих пор нерешенные проблемы потребителей наркотиков в особенности связаны с переменчивой природой злоупотребления психоактивными веществами. Предотвращение возобновления злоупотребления может снизить вероятность несоблюдения схемы лечения. Противоречивая природа двух явлений (жажда поиска и употребления наркотиков и несоблюдение схемы лечения) диктует необходимость постоянного мониторинга каждого из них, чтобы определить, могут ли своевременно принятые меры помочь избежать неудачи лечения или даже решить обе проблемы сразу.

Также видится целесообразным изучение интеграции мер по решению обоих состояний. Результаты недавнего наблюдательного исследования по

лечению ВИЧ и туберкулеза в едином месте показали, что такой подход влияет на результаты лечения. Например, можно предположить, что случаи неблагоприятного взаимодействия между метадонотом и антиретровирусными препаратами происходили бы намного реже, если бы услуги по поддерживающей терапии метадонотом и АРТ располагались в одном и том же месте. Более того, было бы намного проще решать проблемы, характерные для людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, если бы эти услуги располагались в одном месте. Однако такие модели еще не были проверены. Следует также проводить дальнейшие исследования по другим творческим технологическим подходам к мониторингу лечения, используемым вместе с поведенческими мерами. Хотя существует масса знаний об этиологии несоблюдения, ощущается нехватка инструментов для устранения этой проблемы.

## Заключение

Лечение и профилактика злоупотребления психоактивными веществами остаются важными и все еще недооцененными компонентами стратегий по профилактике ВИЧ. Имеет место нежелание назначать ВААРТ потребителям психоактивных веществ, поскольку считается, что они не будут соблюдать схему лечения, что негативно скажется на эффективности лечения и может привести к развитию лекарственной устойчивости вируса.<sup>49-50</sup> Однако последние данные свидетельствуют о том, что эти опасения неоправданны, поскольку у людей, употребляющих психоактивные вещества, сопоставимые 5-летние показатели выживаемости при ВААРТ с показателями людей, не употребляющих психоактивные вещества.<sup>54</sup> Кроме того, опасения относительно возникновения вспышек ВИЧ, устойчивого к препаратам, не оправдались, даже в программах, практикующих применение агрессивной ВААРТ для потребителей психоактивных веществ.<sup>47-48</sup> Деятельность комплексных программ по ВААРТ, направленных на потребителей психоактивных веществ, способствовала значительному снижению числа случаев заражения ВИЧ.<sup>14</sup>

Таким образом, имеющиеся данные говорят в пользу пересмотра подходов в отношении ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков. Активная

кампания, направленная на поиск, тестирование, лечение и удержание представителей этой группы населения, будет способствовать значительному снижению употребления психоактивных веществ, заболеваемости и смертности, связанных со СПИДом, и числа новых случаев ВИЧ-инфекции.<sup>149</sup> Нужна новая политика для поддержки этой стратегии и преодоления индивидуальных, снабженческих и системных барьеров, препятствующих эффективной интеграции профилактики и лечения злоупотребления психоактивными веществами в программы по ВИЧ. Ведь в конечном итоге, проблема эпидемии ВИЧ/СПИДа не может решаться должным образом без лечения ВИЧ-инфицированных потребителей психоактивных веществ.

Дополнительные рекомендации, предложенные дискуссионными группами в ходе консультационной встречи 2010 года, содержатся в Приложении А. Рекомендации охватывают следующие направления: профилактика ВИЧ и ее осуществление, антиретровирусная терапия как профилактика ВИЧ, права человека и лечение ВИЧ/СПИДа.

## Ссылки

- <sup>1</sup> Fauci, A.S. 25 years of HIV. *Nature* 453, 289–290, 2008.
- <sup>2</sup> Carpenter, C.C., Fischl MA, Hammer SM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, Montaner JS, Richman DD, Sáag MS, Schooley RT, Thompson MA, Vella S, Yeni PG, & Volberding PA. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996: Recommendations of an international panel, International AIDS Society-USA. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 276, 146–154, 1996.
- <sup>3</sup> British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Antiretroviral Therapy Guidelines. 2009. <http://www.cfenet.ubc.ca/our-work/initiatives/therapeutic-guidelines/adult-therapeutic-guidelines>.
- <sup>4</sup> Hogg, R.S., Heath, K.V., Yip, B., Craib, K.J., O'Shaughnessy, M.V., Schechter, M.T., & Montaner, J. S. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 279, 450–454, 1998.
- <sup>5</sup> Hogg, R.S., O'Shaughnessy, M.V., Gataric, N., Yip, B., Craib, K., Schechter, M.T., & Montaner, J.S. Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals. *Lancet* 349, 1294, 1997.
- <sup>6</sup> Walensky, R.P., Paltiel, A.D., Losina, E., Mercincavage, L.M., Schackman, B.R., Sax, P.E., Weinstein, M.C., & Freedberg, K.A. The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases* 194, 11–19, 2006.
- <sup>7</sup> Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: A collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet* 372, 293–299, 2008.
- <sup>8</sup> World Health Organization. Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress Report 2009. 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/>
- <sup>9</sup> Braitstein, P., Brinkhof, M.W., Dabis, F., Schechter, M., Boulle, A., Miotti, P., Wood, R., Laurent, C., Sprinz, E., Seyler, C., Bangsberg, D.R., Balestre, E., Sterne, J.A., May, M., Egger, M., the Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration, & the ART Cohort Collaboration (ART\_CC). Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: Comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 367, 817–824, 2006.
- <sup>10</sup> ART-LINC of IeDEA Study Group, Keiser, O., Tweya, H., Boulle, A., Braitstein, P., Schechter, M., Brinkhof, M.W., Dabis, F., Tuboi, S., Sprinz, E., Pujades-Rodriguez, M., Calmy, A., Kumarasamy, N., Nash, D., Jahn, A., MacPhail, P., Luthy, R., Wood, R., & Egger, M. Switching to second-line antiretroviral therapy in resource-limited settings: Comparison of programmes with and without viral load monitoring. *AIDS* 23, 1867–1874, 2009.
- <sup>11</sup> Mills, E.J., Nachega, J.B., Buchan, I., Orbinski, J., Attaran, A., Singh, S., Rachlis, B., Wu, P., Cooper, C., Thabane, L., Wilson, K., Guyatt, G.H., & Bangsberg, D.R. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 296, 679–690, 2006.
- <sup>12</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Achievements in public health. Reduction in perinatal transmission of HIV infection—United States, 1985–2005. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 55, 592–597, 2006.
- <sup>13</sup> Attia, S., Egger, M., Muller, M., Zwahlen, M., & Low, N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: Systematic review and meta-analysis. *AIDS* 23, 1397–1404, 2009.
- <sup>14</sup> Wood, E., Kerr, T., Marshall, B.D., Li, K., Zhang, R., Hogg, R.S., Harrigan, P.R., & Montaner, J.S. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: Prospective cohort study. *BMJ* 338, b1649, 2009.
- <sup>15</sup> Check Hayden, E. "Seek, test and treat" slows HIV. *Nature* 463, 1006, 2010.
- <sup>16</sup> Walensky, R.P., Wood, R., Weinstein, M.C., Martinson, N.A., Losina, E., Fofana, M.O., Goldie, S.J., Divi, N., Yazdanpanah, Y., Wang, B., Paltiel, A.D., Freedberg, K.A., & the CEPAC-International Investigators. Scaling up antiretroviral therapy in South Africa: The impact of speed on survival. *Journal of Infectious Diseases* 197, 1324–1332, 2008.
- <sup>17</sup> April, M.D., Walensky, R.P., Chang, Y., Pitt, J., Freedberg, K.A., Losina, E., Paltiel, A.D., & Wood, R. HIV testing rates and outcomes in a South African community, 2001–2006: Implications for expanded screening policies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 51, 310–316, 2009.
- <sup>18</sup> Cohen, M.S., Gay, C., Kashuba, A.D., Blower, S., & Paxton, L. Narrative review: Antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1. *Annals of Internal Medicine* 146, 591–601, 2007.
- <sup>19</sup> Dodd, P.J., Garnett, G.P., & Hallett, T.B. Examining the promise of HIV elimination by 'test and treat' in hyperendemic settings. *AIDS* 24, 729–735, 2010.
- <sup>20</sup> Walensky, R. & Kuritzkes, D.R. The impact of the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) beyond HIV and why it remains essential. *CID* 50, 272–276, 2009.
- <sup>21</sup> Coates, T.J., Richter, L., & Caceres, C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: How to make them work better. *Lancet* 372, 669–684, 2008.
- <sup>22</sup> Granich, R., Crowley, S., Vitoria, M., Lo, Y.R., Souteyrand, Y., Dye, C., Gilks, C., Guerna, T., De Cock, K.M., & Williams, B. Highly active antiretroviral treatment for the prevention of HIV transmission. *Journal of the International AIDS Society* 13, 1, 2010.
- <sup>23</sup> Gruskin, S. & Tarantola, D. Universal Access to HIV prevention, treatment and care: Assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS* 22 Suppl 2, S123–132, 2008.
- <sup>24</sup> Dieffenbach, C.W. & Fauci, A.S. Universal voluntary testing and treatment for prevention of HIV transmission. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 301, 2380–2382, 2009.
- <sup>25</sup> Wagner, B.G., Kahn, J.S., & Blower, S. Should we try to eliminate HIV epidemics by using a 'Test and Treat' strategy? *AIDS* 24, 775–776, 2010.
- <sup>26</sup> Department of Health and Human Services. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/Default.aspx?MenuItem=Guidelines&Search=On>

- <sup>27</sup> Hammer, S.M., Eron, J.J. Jr., Reiss, P., Schooley, R.T., Thompson, M.A., Walmsley, S., Cahn, P., Fischl, M.A., Gatell, J.M., Hirsch, M.S., Jacobsen, D.M., Montaner, J.S., Richman, D.D., Yeni, P.G., Volberding, P.A. & the International Aids Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 300, 555–570, 2008.
- <sup>28</sup> Hirsch, M.S. Initiating therapy: When to start, what to use. *Journal of Infectious Diseases* 197 Suppl 3, S252–260, 2008.
- <sup>29</sup> D'Agostino, R.B., Sr. The delayed-start study design. *New England Journal of Medicine* 361, 1304–1306, 2009.
- <sup>30</sup> Bradford-Hill, A. The environment and disease: Association or Causation? President address at January 14 meeting. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 163, 295–300, 1965.
- <sup>31</sup> Blower, S.M., Gershengorn, H.B., & Grant, R.M. A tale of two futures: HIV and antiretroviral therapy in San Francisco. *Science* 287, 650–654, 2000.
- <sup>32</sup> Granich, R.M., Gilks, C.F., Dye, C., De Cock, K.M., & Williams, B.G. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: A mathematical model. *Lancet* 373, 48–57, 2009.
- <sup>33</sup> Montaner, J.S., Hogg, R., Wood, E., Kerr, T., Tyndall, M., Levy, A.R., & Harrigan, P.R. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet* 368, 531–536, 2006.
- <sup>34</sup> Pao, D., Pillay, D., & Fisher, M. Potential impact of early antiretroviral therapy on transmission. *Current Opinion on HIV and AIDS* 4, 215–221, 2009.
- <sup>35</sup> Velasco-Hernandez, J.X., Gershengorn, H.B., & Blower, S.M. Could widespread use of combination antiretroviral therapy eradicate HIV epidemics? *Lancet Infectious Diseases* 2, 487–493, 2002.
- <sup>36</sup> Wood, E., Braitstein, P., Montaner, J.S., Schechter, M., Tyndall, M., O'Shaughnessy, M.V., & Hogg, R. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *The Lancet* 355, 2095–2100, 2000.
- <sup>37</sup> Cu-Uvin, S., Callendo, A.M., Reinert, S., Chang, A., Juliano-Remollino, C., Flanigan, T.P., Mayer, K.H., & Carpenter, C.C. Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA. *AIDS* 14, 415–421, 2000.
- <sup>38</sup> Vernazza, P.L., et al. Effect of antiviral treatment on the shedding of HIV-1 in semen. *AIDS* 11, 1249–1254, 1997.
- <sup>39</sup> Lorello, G., la Porte, C., Pilon, R., Zhang, G., Karnauchow, T., & MacPherson, P. Discordance in HIV-1 viral loads and antiretroviral drug concentrations comparing semen and blood plasma. *HIV Medicine* 10, 548–554, 2009.
- <sup>40</sup> De Cock, K.M., Fowler, M.G., Mercier, E., de Vincenzi, I., Saba, J., Hoff, E., Alnwick, D.J., Rogers, M., & Shaffer, N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 283, 1175–1182, 2000.
- <sup>41</sup> Piot, P., Bartos, M., Larson, H., Zewdie, D., & Mane, P. Coming to terms with complexity: A call to action for HIV prevention. *Lancet* 372, 845–859, 2008.
- <sup>42</sup> HIV Prevention Trials Network. <http://www.hptn.org>
- <sup>43</sup> Fang, C., Hsu, H.M., Twu, S.J., Chen, M.Y., Chang, Y.Y., Hwang, J.S., Wang, J.D., Chuang, C.Y., & the Division of AIDS and STD, Center for Disease Control, Department of Health, Executive Yuan. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *Journal of Infectious Diseases* 190, 2004.
- <sup>44</sup> Lima, V.D., Johnston, K., Hogg, R.S., Levy, A.R., Harrigan, P.R., Anema, A., & Montaner, J.S.. Expanded access to highly active antiretroviral therapy: A potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic. *Journal of Infectious Diseases* 198, 59–67, 2008.
- <sup>45</sup> Tam, L.W., Chui, C.K., Brumme, C.J., Bangsberg, D.R., Montaner, J.S., Hogg, R.S., & Harrigan, P.R. The relationship between resistance and adherence in drug-naïve individuals initiating HAART is specific to individual drug classes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 49, 266–271, 2008.
- <sup>46</sup> Buckheit, R.W., Jr. Understanding HIV resistance, fitness, replication capacity and compensation: Targeting viral fitness as a therapeutic strategy. *Expert Opin Investig Drugs* 13, 933–958, 2004.
- <sup>47</sup> Wood, E., Hogg, R.S., Yip, B., Dong, W.W., Wynhoven, B., Mo, T., Brumme, C.J., Montaner, J.S., & Harrigan, P. R. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS* 19, 1189–1195, 2005.
- <sup>48</sup> Gill, V.S., Lima, V.D., Zhang, W., Wynhoven, B., Yip, B., Hogg, R.S., Montaner, J.S., Harrigan, P. R. Improved virological outcomes in British Columbia concomitant with decreasing incidence of HIV type 1 drug resistance detection. *Clinical Infectious Diseases* 50, 98–105, 2010.
- <sup>49</sup> Chander, G., Himelhoch, S., & Moore, R.D. Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: Epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs* 66, 769–789, 2006.
- <sup>50</sup> Lert, F. & Kazatchkine, M.D. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: An evidence-based overview. *International Journal of Drug Policy* 18, 255–261, 2007.
- <sup>51</sup> Wood, E., Kerr, T. & Montaner, J.S. HIV treatment, injection drug use, and illicit drug policies. *Lancet* 370, 8–10, 2007.
- <sup>52</sup> Bruce, R.D. & Altice, F.L. Clinical care of the HIV-infected drug user. *Infectious Disease Clinics of North America* 21, 149–179, ix, 2007.
- <sup>53</sup> Wood, E., Montaner, J.S., Tyndall, M.W., Schechter, M.T., O'Shaughnessy, M.V., & Hogg, R.S.. Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type 1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy. *Journal of Infectious Diseases* 188, 1164–1170, 2003.
- <sup>54</sup> Wood, E., Hogg, R.S., Lima, V.D., Kerr, T., Yip, B., Marshall, B.D., & Montaner, J.S. Highly active antiretroviral therapy and survival in HIV-infected injection drug users. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 300, 550–554, 2008.
- <sup>55</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS):2007. Data on Substance Abuse Treatment Facilities. (ed. Services, D.o.H.a.H.) (Rockville, MD, 2007). <http://oas.samhsa.gov/dasis.htm#nssats3>

- <sup>56</sup> Brown, L.S., Jr., Kritz S., Chu M., & Madray C. Characteristics of substance abuse treatment programs providing services for HIV/AIDS, hepatitis C virus infection, and sexually transmitted infections: The National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30, 315–321, 2006.
- <sup>57</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Persons tested for HIV—United States, 2006. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 57, 845–849, 2008.
- <sup>58</sup> Bhaskaran, K., Hamouda, O., Sannes, M., Boufassa, F., Johnson, A.M., Lambert, P.C., Porter, K., & the CASCADE Collaboration. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 300, 51–59, 2008.
- <sup>59</sup> Harrison, K.M., Song, R., & Zhang, X. Life expectancy after HIV diagnosis based on national HIV surveillance data from 25 states, United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 53, 124–130, 2010.
- <sup>60</sup> Gazzard, B.G., Anderson, J., Babiker, A., Boffito, M., Brook, G., Brough, G., Churchill, D., Cromarty, B., Das, S., Fisher, M., Freedman, A., Geretti, A.M., Johnson, M., Khoo, S., Leen, C., Nair, D., Peters, B., Phillips, A., Pillay, D., Pozniak, A., Walsh, J., Wilkins, E., Williams, I., Williams, M. Youle, M., & the BHIVA Treatment Guidelines Wrigint Group. British HIV Association Guidelines for the treatment of HIV-1-infected adults with antiretroviral therapy 2008. *HIV Medicine* 9, 563–608, 2008.
- <sup>61</sup> European AIDS Clinical Society Guidelines: Clinical management and Treatment of HIV infected Adults in Europe <http://www.europeanaidscinicalsociety.org/guidelines.asp>
- <sup>62</sup> Panel on Clinical Practices for the Treatment of HIV Infection. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. 2009.
- <sup>63</sup> World Health Organization. WHO Revisions to WHO guidelines for antiretroviral treatment of adults and adolescents. 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/advice/en/index.html>
- <sup>64</sup> Fischl, M.A., Richman, D.D., Grieco, M.H., Gottlieb, M.S., Volberding, P.A., Laskin, O.L., Leedom, J.M., Groopman, J.E., Mildvan, D., Schooley, R.T. The efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *New England Journal of Medicine* 317, 185–191, 1987.
- <sup>65</sup> Montaner, J.S., Reiss, P., Cooper, D., Vella, S., Harris, M., Conway, B., Wainberg, M.A., Smith, D., Robinson, P., Hall, D., Myers, M. & Lange, J. M. A randomized, double-blind trial comparing combinations of nevirapine, didanosine, and zidovudine for HIV-infected patients: The INCAS Trial. Italy, The Netherlands, Canada and Australia Study. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 279, 930–937, 1998.
- <sup>66</sup> Staszewski, S., Morales-Ramirez, J., Tashima, K.T., Rachlis, A., Skiect, D., Stanford, J., Stryker, R., Johnson, P., Labriola, D.F., Farina, D., Manion, D.J., & Ruiz, N.M. Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirenz plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-1 infection in adults. Study 006 Team. *New England Journal of Medicine* 341, 1865–1873, 1999.
- <sup>67</sup> Cameron, D.W., Heath-Chiozzi, M., Danner, S., Cohen, C., Kravcik, S., Maurath, C., Sun, E., Henry, D., Rode, R., Potthoff, A., & Leonard, J. Randomised placebo-controlled trial of ritonavir in advanced HIV-1 disease. The Advanced HIV Disease Ritonavir Study Group. *Lancet* 351, 543–549, 1998.
- <sup>68</sup> Gulick, R.M., Mellors, J.W., Havlir, D., Eron, J.J., Gonzalez, C., McMahon, D., Richman, D.D., Valentine, F.T., Jonas, L., Meibohm, A., Emini, E.A., & Chodakewitz, J.A. Treatment with indinavir, zidovudine, and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection and prior antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine* 337, 734–739, 1997.
- <sup>69</sup> Hammer, S.M., Squires, K.E., Hughes, M.D., Grimes, J.M., Demeter, L.M., Currier, J.S., Eron, J.J. Jr., Feinberg, J.E., Balfour, H.H. Jr., Deyton, L.R., Chodakewitz, J.A., & Fischl, M. A. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team. *New England Journal of Medicine* 337, 725–733, 1997.
- <sup>70</sup> Lalezari, J.P., Henry, K., O’Hearn, M., Montaner, J.S., Piliro, P.J. Trottier, B., Walmsley, S., Cohen, C., Kuritzkes, D.R., Eron, J.J. Jr., Chung, J., DeMasi, R., Donatucci, L., Drobnes, C., Delehanty, J., Salgo, M. & the TORO 1 Study Group. Enfuvirtide, an HIV-1 fusion inhibitor, for drug-resistant HIV infection in North and South America. *New England Journal of Medicine* 348, 2175–2185, 2003.
- <sup>71</sup> Lazzarin, A., Clotet, B., Cooper, D., Reynes, J., Arasten, K., Nelson, M., Katlama, C., Stellbrink, H.J., Delfraissy, J.F., Lange, J., Huson, L., DeMasi, R., Wat, C., Delehanty, J., Drobnes, C., Salgo, M., & the TORO 2 Study Group. Efficacy of enfuvirtide in patients infected with drug-resistant HIV-1 in Europe and Australia. *New England Journal of Medicine* 348, 2186–2195, 2003.
- <sup>72</sup> Fatkenheuer, G., Nelson, M., Lazzarin, A., Konourina, I., Hoepelman, A.I., Lampiris, H., Hirschel, B., Tebas, P., Raffi, F., Trottier, B., Bellos, N., Saag, M., Cooper, D.A., Westby, M., Tawadrous, M., Sullivan, J.F., Ridgway, C., Dunne, M.W., Felstead, S., Mayer, H., van der Ryst, E. & the MOTIVATE 1 and MOTIVATE 2 Study Teams. Subgroup analyses of maraviroc in previously treated R5 HIV-1 infection. *New England Journal of Medicine* 359, 1442–1455, 2008.
- <sup>73</sup> Gulick, R.M., Lalezari, J., Goodrich, J., Clumeck, N., DeJesus, E., Horban, A., Nadler, J., Clotet, B., Karlsson, A., Wohlfeiler, M., Montana, J.B., McHale, M., Sullivan, J., Ridgway, C., Felstead, S., Dunne, M.W., van der Ryst, E., Mayer, H. & the MOTIVATE Study Teams. Maraviroc for previously treated patients with R5 HIV-1 infection. *New England Journal of Medicine* 359, 1429–1441, 2008.
- <sup>74</sup> Cooper, D.A., Steigbigel, R.T., Gattell, J.M., Rockstroh, J.K., Katlama, C., Yeni, P., Lazzarin, A., Clotet, B., Kumar, P.N., Eron, J.E., Schechter, M., Markowitz, M., Loufy, M.R., Lennox, J.L., Zhao, J., Chen, J., Ryan, D.M., Rhodes, R.R., Kilar, J.A., Gilde, L.R., Strohmaier, K.M., Meibohm, A.R., Miller, M.D., Hazuda, D.J., Nessly, M.L., DiNubile, M.J., Isaacs, R.D., Teppler, H., Nguyen, B.Y., & the BENCHMRK Study Teams. Subgroup and resistance analyses of raltegravir for resistant HIV-1 infection. *New England Journal of Medicine* 359, 355–365, 2008.
- <sup>75</sup> Steigbigel, R.T., Cooper, D.A., Kumar, P.N., Eron, J.E., Schechter, M., Markowitz, M., Loufy, M.R., Lennox, J.L., Rockstroh, J.K., Katlama, C., Yeni, P., Lazzarin, A., Clotet, B., Zhao, J., Chen, J., Ryan, D.M., Rhodes, R.R., Killar, J.A., Gilde, L.R., Strohmaier, K.M., Meibohm, A.R., Miller, M.D., Nessly, M.L., DiNubile, M.J., Isaacs, R.D., Nguyen, B.Y., Teppler, H., & the BENCHMRK Study Teams. Raltegravir with optimized background therapy for resistant HIV-1 infection. *New England Journal of Medicine* 359, 339–354, 2008.

- <sup>76</sup> Marais, S., Wilkinson, R.J., Pepper, D.J., & Meintjes, G. Management of patients with the immune reconstitution inflammatory syndrome. *Current HIV/AIDS Reports* 6, 162–171, 2009.
- <sup>77</sup> DART Trial Team, Mugenyi, P., Walker, A.S., Hakim, J., et al. Routine versus clinically driven laboratory monitoring of HIV antiretroviral therapy in Africa (DART): A randomised non-inferiority trial. *Lancet* 375, 123–131, 2010.
- <sup>78</sup> Coutinho, A., Mermin, J., Ekwaru, J., Were, W., Bunnell, R., Kaharuzza, F., Alexander, L., Solberg, P., Tappero, J., & Moore, D. Utility of Routine Viral Load, CD4 Cell Count, and Clinical Monitoring among HIV-Infected Adults in Uganda: A Randomized Trial[125]. In *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Boston, 2008.
- <sup>79</sup> Bangsberg, D.R., Hecht, F.M., Charlebois, E.D., Zolopa, A.R., Holodniy, M., Sheiner, L., Bamberger, J.D., Chesney, M.A., & Moss, A. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS* 14, 357–366, 2000.
- <sup>80</sup> Bangsberg, D.R., Perry, S., Charlebois, E.D., Clark, R.A., Robertson, M., Zolopa, A.R., & Moss, A. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS* 15, 1181–1183, 2001.
- <sup>81</sup> Nachega, J.B., Hislop, M., Dowdy, D.W., Lo, M., Omer, S.B., Regensberg, L., Chaisson, R.E., & Maartens, G. Adherence to highly active antiretroviral therapy assessed by pharmacy claims predicts survival in HIV-infected South African adults. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 43, 78–84, 2006.
- <sup>82</sup> Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C., Wagener, M.M., & Singh, N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine* 133, 21–30, 2000.
- <sup>83</sup> Wood, E., Hogg, R.S., Yip, B., Harrigan, P.R., O'Shaughnessy, M.V., & Montaner, J.S. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 35, 261–268, 2004.
- <sup>84</sup> Lima, V.D., Harrigan, R., Bangsberg, D.R., Hogg, R.S., Gross, R., Yip, B., & Montaner, J. S. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 50, 529–536, 2009.
- <sup>85</sup> Wood, E., Hogg, R.S., Yip, B., Harrigan, P.R., O'Shaughnessy, M.V., & Montaner, J. S. Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350 x 10<sup>9</sup> cells/L. *Annals of Internal Medicine* 139, 810–816, 2003.
- <sup>86</sup> Alexander, C.S., Asselin J.J., Ting, L.S., Montaner, J.S., Hogg, R.S., Yip, B., O'Shaughnessy, M.V., & Harrigan, P.R. Antiretroviral concentrations in untimed plasma samples predict therapy outcome in a population with advanced disease. *Journal of Infectious Diseases* 188, 541–548, 2003.
- <sup>87</sup> Bangsberg, D.R., Acosta, E.P., Gupta, R., Guzman, D., Riley, E.D., Harrigan, P.R., Parkin, N., & Deeks, S.G. Adherence-resistance relationships for protease and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors explained by virological fitness. *AIDS* 20, 223–231, 2006.
- <sup>88</sup> Gardner, E.M., Burman, W.J., Steiner, J.F., Anderson, P.L., & Bangsberg, D.R. Antiretroviral medication adherence and the development of class-specific antiretroviral resistance. *AIDS* 23, 1035–1046, 2009.
- <sup>89</sup> Lockman, S., Shapiro, R.L., Smeaton, L.M., Wester, C., Thior, I., Stevens, L., Chand, F., Makhema, J., Moffat, C., Asmelash, A., Ndase, P., Arimi, P., van Widenfelt, E., Mazhani, L., Novitsky, V., Lagakos, S. & Essex, M. Response to antiretroviral therapy after a single, peripartum dose of nevirapine. *New England Journal of Medicine* 356, 135–147, 2007.
- <sup>90</sup> Simoni, J.M., Kurth, A.E., Pearson, C.R., Pantalone, D.W., Merrill, J.O., & Frick, P.A. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence: A review with recommendations for HIV research and clinical management. *AIDS Behav* 10, 227–245, 2006.
- <sup>91</sup> Grossberg, R., Zhang, Y., & Gross, R. A time-to-prescription-refill measure of antiretroviral adherence predicted changes in viral load in HIV. *Journal of Clinical Epidemiology* 57, 1107–1110, 2004.
- <sup>92</sup> Low-Beer, S., Yip, B., O'Shaughnessy, M.V., Hogg, R.S., & Montaner, J.S. Adherence to triple therapy and viral load response. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 23, 360–361, 2000.
- <sup>93</sup> Nachega, J.B., Hislop, M., Dowdy, D.W., Gallant, J.E., Chaisson, R.E., Regensberg, L., & Maartens, G. Efavirenz versus nevirapine-based initial treatment of HIV infection: Clinical and virological outcomes in Southern African adults. *AIDS* 22, 2117–2125, 2008.
- <sup>94</sup> Berg, K.M. & Arnsten, J.H. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 43 Suppl 1, S79–87, 2006.
- <sup>95</sup> Gandhi, M., Ameli, N., Bacchetti, P., Gange, S.J., Anastos, K., Levine, A., Hyman, C.L., Cohen, M., Young, M., Huang, Y., Greenblatt, R.M. & the Women's Interagency HIV Study (WIHS). Protease inhibitor levels in hair strongly predict virologic response to treatment. *AIDS* 23, 471–478, 2009.
- <sup>96</sup> Yasuda, J.M., Miller, C., Currier, J.S., Forthal, D.N., Kemper, C.A., Beall, G.N., Tilles, J.G., Capparelli, E.V., McCutchan, J.A., Haubrich, R.H. & the California Collaborative Treatment Group. The correlation between plasma concentrations of protease inhibitors, medication adherence and virological outcome in HIV-infected patients. *Antiviral Therapy* 9, 753–761, 2004.
- <sup>97</sup> Gross, R., Yip, B., Lo Re, V. 3rd, Wood, E., Alexander, C.S., Harrigan, P.R., Bangsberg, D.R., Montaner, J.S., & Hogg, R.S. A simple, dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. *Journal of Infectious Diseases* 194, 1108–1114, 2006.
- <sup>98</sup> Gross, R., Bilker, W.B., Wang, H., & Chapman, J. How long is the window of opportunity between adherence failure and virologic failure on efavirenz-based HAART? *HIV Clinical Trials* 9, 202–206, 2008.
- <sup>99</sup> Parienti, J.J., Das-Douglas, M., Masari, V., Guzman, D., Deeks, S.G., Verdon, R., & Bangsberg, D.R. Not all missed doses are the same: Sustained NNRTI treatment interruptions predict HIV rebound at low-to-moderate adherence levels. *PLoS One* 3, e2783, 2008.
- <sup>100</sup> Barclay, T.R., Hinkin, C.H., Castellon, S.A., Mason, K.I., Reinhard, M.J., Marion, S.D., Levine, A.J., & Durvasula, R.S. Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: Health beliefs, self-efficacy, and neurocognitive status. *Health Psychol* 26, 40–49, 2007.
- <sup>101</sup> Hinkin, C.H., Hardy, D.J., Mason, K.I., Castellon, S.A., Durvasula, R.S., Lam, M.N., & Stefaniak, M. Medication adherence in HIV-infected adults: Effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS* 18 Suppl 1, S19–25, 2004.

- <sup>102</sup> Silverberg, M.J., Leyden, W., Horberg, M.A., DeLorenze, G.N., Klein, D., & Quesenberry, C.P. Jr. Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. *Archives of Internal Medicine* 167, 684–691, 2007.
- <sup>103</sup> Berg, K.M., Demas, P.A., Howard, A.A., Schoenbaum, E.E., Gourevitch, M.N., & Arnsten, J.H. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine* 19, 1111–1117, 2004.
- <sup>104</sup> Kuyper, L.M., Wood, E., Montaner, J.S., Yip, B., O'Connell, J.M., & Hogg, R.S. Gender differences in HIV-1 RNA rebound attributed to incomplete antiretroviral adherence among HIV-Infected patients in a population-based cohort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 37, 1470–1476, 2004.
- <sup>105</sup> Nicastrì, E., Leone, S., Angeletti, C., Palmisano, L., Sarmati, L., Chiesi, A., Geraci, A., Vella, S., Narciso, P., Corpolongo, A. & Andreoni, M. Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: A systematic review. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 60, 724–732, 2007.
- <sup>106</sup> Bouhnik, A.D., Chesney, M., Carrieri, P., Gallais, H., Moreau, J., Moatti, J.P., Obadia, Y., Spire, B., & the MANIF 2000 Study Group. Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: The impact of social instability. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 31 Suppl 3, S149–153, 2002.
- <sup>107</sup> Golin, C.E., Liu, H., Hays, R.D., Miller, L.G., Beck, C.K., Ickovisc, J., Kapan, A.H., & Wenger, N.S. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine* 17, 756–765, 2002.
- <sup>108</sup> Lucas, G.M., Cheever, L.W., Chaisson, R.E., & Moore, R.D. Detrimental effects of continued illicit drug use on the treatment of HIV-1 infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 27, 251–259, 2001.
- <sup>109</sup> Rosen, M.I., Rigsby, M.O., Dieckhaus, K.D., & Cramer, J.A. Effects of illicit drug use on adherence to prescribed antiretroviral medication. *American Journal of Addiction* 12, 455–458, 2003.
- <sup>110</sup> Reynolds, N.R., Testa, M.A., Marc, L.G., Chesney, M.A., Neidig, J.L., Smith, S.R., Vella, S., Robbins, G.K., and the Protocol Teams of ACTG 384, ACTG 731 and A5031s. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: A multicenter, cross-sectional study. *AIDS and Behavior* 8, 141–150, 2004.
- <sup>111</sup> Braithwaite, R.S., McGinnis, K.A., Conigliaro, J., Maisto, S.A., Crystal, S., Day, N., Cook, R.L., Gordon, A., Bridges, M.W., Seller, J.F. & Justice A.C. A temporal and dose-response association between alcohol consumption and medication adherence among veterans in care. *Alcoholism: Clinical Experimental Research* 29, 1190–1197, 2005.
- <sup>112</sup> Chander, G., Lau, B., & Moore, R.D. Hazardous alcohol use: A risk factor for non-adherence and lack of suppression in HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 43, 411–417, 2006.
- <sup>113</sup> Dahab, M., Charalambous, S., Hamilton, R., Fielding, K., Kielmann, K., Churchyard, G.J., & Grant, A.D. "That is why I stopped the ART": Patients' & providers' perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme. *BMC Public Health* 8, 63, 2008.
- <sup>114</sup> Holmes, W.C., Bilker, W.B., Wang, H., Chapman, J., & Gross, R. HIV/AIDS-specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 46, 323–327, 2007.
- <sup>115</sup> Lima, V.D., Geller, J., Bangsberg, D.R., Patterson, T.L., Daniel, M., Kerr, T., Montaner, J.S., & Hogg, R.S. The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS* 21, 1175–1183, 2007.
- <sup>116</sup> Graham, J., Bennett, I.M., Holmes, W.C., & Gross, R. Medication beliefs as mediators of the health literacy-antiretroviral adherence relationship in HIV-infected individuals. *AIDS and Behavior* 11, 385–392, 2007.
- <sup>117</sup> Kalichman, S.C., Ramachandran, B., & Catz, S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 14, 267–273, 1999.
- <sup>118</sup> Kalichman, S.C., Benotsch, E., Suarez, T., Catz, S., Miller, J., & Rompa, D. Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *American Journal of Preventive Medicine* 18, 325–331, 2000.
- <sup>119</sup> Kalichman, S.C. & Rompa, D. Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV/AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 25, 337–344, 2000.
- <sup>120</sup> Wolf, M.S., Davis, T.C., Arozullah, A., Penn, R., Arnold, C., Sugar, M., & Bennett, C.L. Relation between literacy and HIV treatment knowledge among patients on HAART regimens. *AIDS Care* 17, 863–873, 2005.
- <sup>121</sup> Carrieri, M.P., Moatti, J.P., Vlahov, D., Obadia, Y., Reynaud-Maurupt, C., & Chesney, M. Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: The influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group. *Journal of Epidemiological Community Health* 53, 4–8, 1999.
- <sup>122</sup> Grigoryan, A., Hall, H.I., Durant, T., & Wei, X. Late HIV diagnosis and determinants of progression to AIDS or death after HIV diagnosis among injection drug users, 33 US States, 1996–2004. *PLoS One* 4, e4445, 2009.
- <sup>123</sup> Murri, R., Fantoni, M., Del Borgo, C., Izzi, I., Visona, R., Suter, F., Banfi, M.C., Barchi, E., Orchi, N., Bosco, O., & Wu, A.W.. Intravenous drug use, relationship with providers, and stage of HIV disease influence the prescription rates of protease inhibitors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 22, 461–466, 1999.
- <sup>124</sup> Wood, E., Kerr, T., Palepu, A., Zhang, R., Strathdee, S.A., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., & Hogg, R.S. Slower uptake of HIV antiretroviral therapy among Aboriginal injection drug users. *Journal of Infection* 52, 233–236, 2006.
- <sup>125</sup> Wood, E., Kerr, T., Zhang, R., Guillemi, S., Palepu, A., Hogg, R.S., & Montaner, J.S. Poor adherence to HIV monitoring and treatment guidelines for HIV-infected injection drug users. *HIV Medicine* 9, 503–507, 2008.

- <sup>126</sup> Mostashari, F., Riley, E., Selwyn, P.A., & Altice, F.L. Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18, 341–348, 1998.
- <sup>127</sup> Ingersoll, K.S. & Cohen, J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: A review of literature. *Journal of Behavioral Medicine* 31, 213–224, 2008.
- <sup>128</sup> Parienti, J.J., Bangsberg, D.R., Verdon, R., & Gardner, E.M. Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: A meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases* 48, 484–488, 2009.
- <sup>129</sup> Flexner, C., Tierney, C., Gross, R., Andrade, A., Lalama, C., Eshleman, S.H., Aberg, J., Sanne, I., Parsons, T., Kashuba, A., Rosenkranz, S.L., Kmack, A., Ferguson, E., Dehlinger, M., Mildvan, D. & the ACTG A5073 Study Team. Comparison of once-daily versus twice-daily combination antiretroviral therapy in treatment-naïve patients: Results of AIDS clinical trials group (ACTG) A5073, a 48-week randomized controlled trial. *Clinical Infectious Diseases* 50, 1041–1052, 2010.
- <sup>130</sup> Sullivan, P.S., Campsmith, M.L., Nakamura, G.V., Begley, E.B., Schulden, J., & Nakashima, A.K. Patient and regimen characteristics associated with self-reported nonadherence to antiretroviral therapy. *PLoS One* 2, e552, 2007.
- <sup>131</sup> Altice, F.L., Friedland, G.H., & Cooney, E.L. Nevirapine induced opiate withdrawal among injection drug users with HIV infection receiving methadone. *AIDS* 13, 957–962, 1999.
- <sup>132</sup> Carrieri, M.P., Lepout, C., Protopopescu, C., Cassuto, J.P., Bouvet, E., Peyarmond, D., Raffi, F., Moatti, J.P., Chene G., & Spire, B. Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy: A 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 41, 477–485, 2006.
- <sup>133</sup> Catz, S.L., Kelly, J.A., Bogart, L.M., Benotsch, E.G., & McAuliffe, T.L. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology* 19, 124–133, 2000.
- <sup>134</sup> Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., & Gonzalez-Lahoz, J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 13, 1763–1769, 1999.
- <sup>135</sup> Bajunirwe, F., Arts, E.J., Tisch, D.J., King, C.H., Debanne, S.M., & Sethi, A.K. Adherence and treatment response among HIV-1-infected adults receiving antiretroviral therapy in a rural government hospital in Southwestern Uganda. *Journal of International Association of Physicians in AIDS Care (Chic Ill)* 8, 139–147, 2009.
- <sup>136</sup> Ramadhani, H.O., Thielman, N.M., Landman, K.Z., Ndosu, E.M., Gao, F., Kirchherr, J.L., Shah, R., Shao, H.J., Morpeth, S.C., McNeill, J.D., Shao, J.F., Bartlett, J.A., & Crump, J.A. Predictors of incomplete adherence, virologic failure, and antiviral drug resistance among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy in Tanzania. *Clinical Infectious Diseases* 45, 1492–1498, 2007.
- <sup>137</sup> Wouters, E., van Loon, F., van Rensburg, D., & Meulemans, H. Community support and disclosure of HIV serostatus to family members by public-sector antiretroviral treatment patients in the Free State Province of South Africa. *AIDS Patient Care STDS* 23, 357–364, 2009.
- <sup>138</sup> Weiser, S.D., Fernandes, K.A., Brandson, E.K., Lima, V.D., Anema, A., Bangsberg, D.R., Montaner, J.S., & Hogg, R.S.. The association between food insecurity and mortality among HIV-infected individuals on HAART. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 52, 342–349, 2009.
- <sup>139</sup> Weiser, S.D., Frongillo, E.A., Ragland, K., Hogg, R.S., Riley, E.D., & Bangsberg, D.R.. Food insecurity is associated with incomplete HIV RNA suppression among homeless and marginally housed HIV-infected individuals in San Francisco. *Journal of General Internal Medicine* 24, 14–20, 2009.
- <sup>140</sup> Byakika-Tusiime, J., Oyugi, J.H., Tumwikirize, W.A., Katabira, E.T., Mugenyi, P.N., & Bangsberg, D.R. Adherence to HIV antiretroviral therapy in HIV+ Ugandan patients purchasing therapy. *International Journal of STD & AIDS* 16, 38–41, 2005.
- <sup>141</sup> Simoni, J.M., Amico, K.R., Pearson, C.R., & Malow, R. Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy: A review of the literature. *Current Infectious Disease Reports* 10, 515–521, 2008.
- <sup>142</sup> Petersen, M.L., Wang, Y., van der Laan, M.J., Guzman, D., Riley, E., & Bangsberg, D.R. Pillbox organizers are associated with improved adherence to HIV antiretroviral therapy and viral suppression: A marginal structural model analysis. *Clinical Infectious Diseases* 45, 908–915, 2007.
- <sup>143</sup> Rigsby, M.O., Rosen, M.I., Beauvais, J.E., Cramer, J.A., Rainey, P.M., O'Malley, S.S., Dieckhaus, K.D., & Rounsaville, B.J. Cue-dose training with monetary reinforcement: Pilot study of an antiretroviral adherence intervention. *Journal of General Internal Medicine* 15, 841–847, 2000.
- <sup>144</sup> Simoni, J.M., Huh, D., Frick, P.A., Pearson, C.R., Andrasik, M.P., Dunbar, P.J., & Hooton, T.M. Peer support and pager messaging to promote antiretroviral modifying therapy in Seattle: A randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 52, 465–473, 2009.
- <sup>145</sup> Volmink, J., Matchaba, P., & Garner, P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet* 355, 1345–1350, 2000.
- <sup>146</sup> Ford, N., Nachega, J.B., Engel, M.E., & Mills, E.J. Directly observed antiretroviral therapy: A systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Lancet* 374, 2064–2071, 2009.
- <sup>147</sup> Altice, F.L., Maru, D.S., Bruce, R.D., Springer, S.A., & Friedland, G.H. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: A prospective, randomized, controlled trial. *Clinical Infectious Diseases* 45, 770–778, 2007.
- <sup>148</sup> Gandhi, N.R., Moll, A.P., Laloo, U., Pawnski, R., Zeller, K., Moodley, P., Meyer, E., Friedland, G., & the Tugela Ferry Care and Research (TFCaRes) Collaboration. Successful integration of tuberculosis and HIV treatment in rural South Africa: The Sizonq'oba study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 50, 37–43, 2009.
- <sup>149</sup> Volkow, N.D., & Montaner, J. Enhanced HIV testing, treatment, and support for HIV-infected substance users. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 303, 1423–1424, 2010.

# Глава 5. Наркомания, ВИЧ/СПИД и система уголовного судопроизводства: проблемы и ВОЗМОЖНОСТИ

Часто возникает двойственность восприятия употребления наркотиков и наркотической зависимости специалистами в сфере здравоохранения и работниками системы правосудия. Те, кто работает в здравоохранении, рассматривают наркоманию как хроническое рецидивирующее заболевание мозга.<sup>1</sup> С другой стороны, система правоохранительных органов и уголовного судопроизводства чаще рассматривает потребителей наркотиков как лиц, которых следует изолировать, контролировать и держать взаперти в силу их вовлечения в незаконную деятельность, даже, несмотря на то, что они часто оказываются за решеткой за совершение ненасильственных преступлений.<sup>2-3</sup> В результате преобладания последней точки зрения, потребители наркотиков, в том числе инъекционных, составляют очень большую часть заключенных в США и в мире.<sup>4-7</sup> В большей части мира показатели ВИЧ-инфекции в тюрьмах выше, чем у остального населения. Во многих регионах это расхождение отражает высокий уровень лишения свободы потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и высокую распространенность ВИЧ у ПИН.<sup>4,6</sup> Было высказано мнение, что само по себе лишение свободы (особенно секс-работников и ПИН) является движущей силой глобальной эпидемии ВИЧ.<sup>8</sup>

Наличие большого количества потребителей наркотиков, попадающих в системы уголовного судопроизводства, с одной стороны, ставит сложные задачи, а с другой - предлагает значительные возможности. Задачи и трудности связаны с действующими подходами, препятствующими осуществлению соответствующего лечения от зависимости и предоставлению услуг в связи с ВИЧ/СПИДом заключенным, что могло бы способствовать улучшению их здоровья и защитить здоровье их сообществ по их возвращению. Упущенные возможности заключаются в эффективной

диагностике, лечении, уходе и профилактике внутри систем уголовного права, планирования освобождения и обеспечения ухода по возвращении в сообщество. В данном разделе будут рассмотрены причины и факторы, влияющие на высокие показатели лишения свободы у потребителей наркотиков, и каким образом это привело к непреднамеренным негативным последствиям для их здоровья и здоровья их сообществ. Далее будут описаны многообещающие подходы, в которых система уголовного правосудия рассматривается в качестве средства осуществления мер по охране здоровья.

## «Война с наркотиками» и рост показателей лишения свободы у потребителей наркотиков

Американская «война с наркотиками» - ряд законов и политических документов, нацеленных на снижение уровня производства, распространения и потребления незаконных наркотиков - впервые была провозглашена Президентом Ричардом Никсоном.<sup>9</sup> Она привела к тому, что США оказались на первом месте в мире по показателям лишения свободы; в тюрьмах содержится более 2,3 миллионов людей, что составляет около 750 заключенных на 100 000 населения.<sup>10-11</sup> В 2008 году с системой уголовного права столкнулось более 7,3 миллиона людей, т.е. 3,2% всего взрослого населения США.<sup>12</sup> В том же году более 1,6 миллиона человек содержались либо в тюрьмах штатов, либо в федеральных тюрьмах, а еще почти 800 тысяч человек находились в местных тюрьмах в ожидании суда или отбывая короткие сроки, как правило, менее одного года.<sup>12</sup> Представители меньшинств составляют основное большинство заключенных; при чем чернокожие мужчины оказываются в заключении в 7 раз чаще, а латиноамериканцы - более чем в 2 раза чаще, чем белые мужчины.<sup>10-11</sup> В 2008 г. чернокожие

составляли 38% всех заключенных, отбывающих наказание по приговору, а латиноамериканцы – 20%, несмотря на то, что эти группы составляют лишь 12% и 13% населения США соответственно. Аналогичные расовые и этнические различия свойственны и показателям у женщин. Чернокожие женщины и латиноамериканки составляют быстро растущую демографическую группу в составе заключенных.<sup>10-11, 13</sup>

Распространенность ВИЧ в исправительных системах штатов и в учреждениях федерального уровня в пять раз выше, чем у общего населения, а уровень подтвержденных случаев СПИДа в американских тюрьмах выше более чем в 2,5 раза.<sup>14-15</sup> Заключение не только связано с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, но и представляет собой фактор риска ВИЧ-инфицирования, поскольку оно приводит к разрыву социальных связей и семейных взаимоотношений, к экономической уязвимости и недостаточному доступу к социальным услугам и услугам, связанным со снижением риска.<sup>16-18</sup>

ВИЧ является острой проблемой в тюрьмах по всему миру, а ПИН составляют большую долю заключенных. Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) является ведущим ко-спонсором ЮНЭЙДС по вопросам профилактики и ухода в связи с ВИЧ/СПИДом в тюрьмах. По оценкам УНП ООН, в заключении находится более 10 миллионов человек по всему миру, а с учетом новых и освобожденных заключенных, каждый год более 30 миллионов человек оказываются в тюрьмах. УНП ООН отмечает высокую распространенность употребления наркотиков и наркотической зависимости у заключенных многих стран.<sup>19</sup> В ходе обзора данных по ВИЧ и инъекционному употреблению наркотиков в тюрьмах в странах с низким и средним уровнем доходов было отмечено, что в большинстве стран не проводится систематический сбор данных, а должностные лица часто не склонны предавать огласке данные о ВИЧ и наркопотреблении в тюрьмах.<sup>6</sup> Из 152 стран с низким и средним уровнем дохода, в 142 странах имелись данные по лишению свободы; сведения о распространенности ВИЧ в тюрьмах были доступны в 76 странах. В 18 странах распространенность ВИЧ у заключенных превышала 10%. В семи странах (Бразилии, Мексике, Непале, Словакии, России, Украине и Вьетнаме) более 10%

заключенных составляли ПИН. Распространенность ВИЧ у ПИН свыше 10% была отмечена в Китае (42%), Индии (80%), Индонезии (56%), Иране (12-63%), Ливии (60%), России (46%) и Сербии и Черногории (50%). Также оказалось, что распространенность ВИЧ у ПИН значительно варьируется от региона к региону внутри страны: в Иране в одном месте данный показатель составил 12%, а в другом – 63%. Имеется недостаточно данных о взаимосвязи между половой принадлежностью и распространенностью ВИЧ у ПИН. В целом, имеющиеся данные позволяют сделать вывод о том, что показатели распространенности ВИЧ выше у женщин, чем у мужчин.

Выступая на консультативной встрече, д-р А. Томас Маклеллан, Заместитель директора Управления национальной политики по контролю над наркотиками (ONDCP), сообщил, что Управление планирует сосредоточить свое внимание на наиболее нуждающихся группах населения, в т.ч. на лицах, ранее совершивших правонарушения, связанные с наркотиками. Большая часть этих правонарушителей попадает в систему уголовного права, не получая лечения от наркотической зависимости. Д-р Маклеллан отметил, что США работают над

Собранные в течение нескольких десятилетий данные подтверждают эффективность программ снижения вреда, в отличие от карательного подхода к контролю над наркотиками. В недавно опубликованном обзоре (Влахов и др., 2010 г.) указано, что вложения в борьбу правоохранительных органов с наркотиками не предотвратили ни рост численности потребителей наркотиков, ни снижение цен на наркотики. Политика полной нетерпимости, лежащая в основе «войны с наркотиками», привела к тяжелым непреднамеренным последствиям, включая высокие показатели лишения свободы, рост стигмы в отношении тех, кто нуждается в лечении, и принесла большое количество смертей. Авторы заявляют, что ускоренное расширение научно-обоснованных программ снижения вреда (таких как обмен игл, метадоновая и бупренорфиновая терапия, определение и лечение наркотической зависимости) должно рассматриваться в качестве глобального приоритета общественного здравоохранения.<sup>20</sup>

изменением наркополитики на международном уровне. ONDCP заявило о конце «войны с наркотиками» и признало, что одного уголовного права недостаточно для борьбы с употреблением незаконных наркотиков. Приоритет все в большей степени отдается научно-обоснованному здравоохранительному подходу.

## Распространение ВИЧ и профилактические стратегии в тюрьмах

В рамках недавно проведенного обзора программ для потребителей инъекционных наркотиков в тюрьмах было зафиксировано, что лица, употребляющие наркотики инъекционным путем, зачастую совместно используют инъекционный инвентарь. Кроме того, в этом обзоре были перечислены несколько исследований, подтверждающих распространение ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков в тюрьмах.<sup>21</sup> О высоких уровнях инъекционного употребления наркотиков и совместного использования шприцев в тюрьмах Канады и Таиланда говорится в недавно опубликованных отчетах.<sup>22-23</sup> В литературе редко встречаются документально подтвержденные случаи распространения ВИЧ в тюрьмах.<sup>6, 24</sup> Распространение ВИЧ у заключенных может происходить вследствие незащищенного секса (как по взаимному согласию, так и по принуждению); совместного пользования оборудованием для нанесения татуировок; либо совместного использования инъекционного инвентаря.<sup>6, 25</sup> Показатели внутритюремного распространения ВИЧ значительно отличаются между тюрьмами и между странами, но в любом случае, доля инфекционных заболеваний остается высокой.<sup>26</sup> В США распространение ВИЧ в тюрьмах составляет небольшую часть всех случаев ВИЧ-инфекции. По данным исследования, проведенного среди заключенных мужского пола в штате Джорджия, было установлено, что лишь 10% случаев ВИЧ-инфицирования имело место в тюрьме, причем все они были связаны с незащищенным сексом.<sup>25, 27</sup> Исследование в штате Род-Айленд не выявило ни одного случая ВИЧ-инфицирования у 446 заключенных мужчин, наблюдаемых на протяжении 694 человеко-лет, хотя случаи передачи вирусного гепатита имели место.<sup>28</sup>

В связи с высоким уровнем рискованного поведения заключенных, УНП ООН, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС выпустили документ «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне»,<sup>29</sup> в котором обозначены следующие задачи:

- Обеспечение заключенных мерами профилактики, ухода, лечения и поддержки в отношении ВИЧ/СПИДа, равноценными тем, которые доступны населению вне тюрем;
- Предотвращение распространения ВИЧ (и других инфекций) среди заключенных, служащих тюремной системы и населения в целом;
- Внедрение комплексного подхода к медицинскому обслуживанию в тюрьмах для решения более широких вопросов здравоохранения как путем улучшения медико-санитарного обслуживания в целом, так и за счет улучшения условий содержания в тюрьмах и управления этими учреждениями.

Стратегии, которые могут применяться для снижения риска передачи ВИЧ в условиях тюрем, включают нижеследующие:

1. Сокращение численности заключенных;
2. Обучение заключенных и сотрудников тюрем на тему ВИЧ;
3. Предоставление опиоидной заместительной терапии (ОЗТ);
4. Предоставление стерильного инъекционного инвентаря;
5. Предоставление презервативов;
6. Предоставление хлорной извести или иных дезинфицирующих веществ, если обмен игл является неприемлемым;
7. Предоставление тестирования на ВИЧ.

(Адаптировано из ).<sup>6</sup>

В Отчете ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа за 2008 г. сообщалось, что в одной трети стран действуют законы, подзаконные акты или

стандарты, препятствующие доступу заключенных к эффективным услугам, связанным с ВИЧ/СПИДом. В Отчете также отмечается, что только в Испании, Швейцарии и Исламской Республике Иран в тюрьмах потребителям наркотиков предоставляются комплексные услуги по снижению вреда и лечению.<sup>30</sup>

Юргенс и др. рассмотрели программы непосредственно для ПИН – обмен игл и шприцев (ПОШ), выдачу хлорной извести и ОЗТ. Они заявляют, что эти программы имеют большое значение в профилактике передачи ВИЧ и при этом не противоречат целям снижения наркопотребления в тюрьмах.<sup>21</sup> Брюс и Шлейфер описывают этические факторы и стандарты прав человека, которые должны убедить правительства в необходимости предоставления ОЗТ в тюрьмах и местах содержания под стражей.<sup>31</sup> Международный обзор программ ОЗТ показал, что количество стран и территорий, где заместительная терапия осуществляется в тюрьмах, выросло с 5 в 1996 г. до 29 в 2008 г.; при этом в 37 странах в тюрьмах отсутствует ОЗТ, в то время как она доступна за пределами пенитенциарной системы. Это не соответствует Основе УНП ООН 2006 г.<sup>32</sup>

Проведенное в 2008 г. в федеральных тюрьмах и тюрьмах штатов США исследование показало, что ОЗТ получают менее 2000 заключенных, хотя в 2004 году 9% заключенных в федеральных тюрьмах (15689 чел.) и 13% заключенных в тюрьмах штатов (163005 чел.) сообщили о регулярном употреблении героина.<sup>33</sup> Исследование выявило, что доступ к ОЗТ в тюрьмах в 2008 году не отличался от показателей 2003 года, но в 2008 году имел место рост направлений заключенных по освобождению к провайдерам услуг на базе сообществ. В рамках исследования были документально зафиксированы отношения и практики руководителей медицинских служб при исправительных заведениях, и показана необходимость в обучении работников тюрем и лиц, принимающих решения, о медицинских и социальных выгодах ОЗТ. Доступность ОЗТ в тюрьмах и, особенно, по освобождению позволяет разорвать порочный круг зависимости, рисков для здоровья, уголовно-наказуемого поведения и повторного лишения свободы.

## Возможности для реализации модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» для заключенных

Поскольку ВИЧ-инфекция чрезвычайно распространена у заключенных, работа с этой группой может оказать существенное влияние на течение эпидемии. В своем выступлении на консультативной встрече д-р Нора Волков, Директор NIDA, обратила особое внимание на возможности, которые представляют программы, направленные на работу с этой группой риска в условиях уголовно-исправительной системы. Поскольку они концентрируются в закрытых тюремных условиях, их можно эффективно тестировать на ВИЧ, консультировать по снижению риска, обеспечивать высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ) и еще во время отбывания наказания планировать направления в соответствующие службы по освобождению. Это бы позволило значительно облегчить работу с этой труднодоступной группой высокого риска на свободе.

Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) распространили Руководство по осуществлению тестирования в условиях тюрем (2008 г.),<sup>34</sup> в которых рекомендуется рутинное консультирование и тестирование по инициативе тюремного учреждения. Однако во всех исправительных заведениях приняты разные стандарты тестирования; при этом в большинстве тюрем рутинное тестирование не является стандартом медицинского ухода.<sup>35</sup> Так, тестирование на ВИЧ может проводиться по просьбе заключенного, при наличии у медицинской службы подозрений о наличии ВИЧ-инфекции (диагностическое тестирование), при попадании в учреждение и/или при освобождении; тестирование может быть обязательным для всех заключенных либо проводиться по распоряжению суда. Исследование по тестированию на ВИЧ, проведенное в пенитенциарных учреждениях Северной Каролины, выявило незначительные отличия между стандартами тестирования по характеристикам заключенных, но существенные отличия между принимающими тюрьмами.<sup>36</sup> Отбор на основе риска может оказаться неэффективным из-за нежелания заключенных сообщать действительные факторы риска. Розен и др. обнаружили лишь незначительную связь между рискованным

поведением, о котором сообщили сами заключенные, и ВИЧ-статусом.<sup>36</sup> Лиддиккуот и др. сравнили результаты программы рутинного тестирования в окружной тюрьме Массачусетса с контрольным периодом, в течение которого тестирование проводилось только по просьбе заключенного или по запросу врача. Уровень тестирования на ВИЧ в ходе программы рутинного тестирования вырос до 78,2% по сравнению с 18% в контрольный период. Двое заключенных оказались ВИЧ-инфицированными, при этом в течение трех предшествующих лет ни один из них не проходил тестирование.<sup>37</sup>

В следственных тюрьмах и тюрьмах краткосрочного заключения высоки показатели текучести заключенных, что затрудняет осуществления тестирования на ВИЧ. Разработка быстрых тестов открывает новые возможности для тестирования на ВИЧ в местах краткосрочного заключения.<sup>35, 38</sup> Исследование, проведенное в Южной Каролине, показало, что отсутствие тестирования на ВИЧ в исправительных заведениях (тюрьмах и следственных изоляторах) не позволило раньше выявить заболевание и/или обучить заключенных основам профилактики.<sup>39</sup> Макгован и др., при поддержке управлений здравоохранения, провел добровольное быстрое тестирование на ВИЧ в тюрьмах четырех штатов: Флориды, Луизианы, Нью-Йорка и Висконсина. Из 33211 заключенных, прошедших добровольное быстрое тестирование на ВИЧ, результаты получили 99,9%.<sup>40</sup> 35% заключенных до этого никогда не проверялось на ВИЧ. Было выявлено 269 новых случаев ВИЧ-инфекции (0,8%).<sup>40</sup> В рамках программы быстрого тестирования в штате Род-Айленд, описанной Бэквитом и др., были успешно предоставлены результаты быстрого тестирования и консультирование по вопросам профилактики 100% участников.<sup>41</sup> Два контролируемых исследования по тестированию в тюрьмах, одно из которых было проведено в единственной женской тюрьме в Коннектикуте, а другое – в мужской тюрьме в Нью-Хэйвене, выявили возможность осуществления тестирования по инициативе учреждения. Больше количество заключенных согласилось пройти тестирование на ВИЧ, когда им было предложено тестирование в течение 24 часов лишения свободы.<sup>42-43</sup>

## Лечение ВИЧ в тюрьмах

Проведение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в исправительных заведениях вполне осуществимо.<sup>44</sup> Было доказано, что лечение может приводить к значительному подавлению вирусной нагрузки и повышению уровня CD4 у ВИЧ-положительных заключенных,<sup>45-46</sup> а при наличии в тюрьмах соответствующего медицинского ухода, результаты можно сравнить с показателями в когортах сообществ.<sup>47</sup> Тем не менее, наличие стандартов ухода в связи с ВИЧ в тюрьмах не является нормой. Исследование, проведенное в Техасе, выявило, что лишь одна третья часть заключенных, соответствующих критериям начала ВААРТ, получала терапию.<sup>48</sup> Анализ расходов пенитенциарных заведений на антиретровирусные препараты показал, что приблизительно одна треть ВИЧ-положительных заключенных получала ВААРТ.<sup>49</sup> Стигматизация и непонимание ВИЧ/СПИДа сотрудниками тюрем и медицинских служб также может быть серьезным барьером, препятствующим предоставлению услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом.<sup>50</sup> Более того, работающие на территории тюрем поставщики медицинских услуг сталкиваются с трудностями в соблюдении конфиденциальности в отношении ВИЧ-статуса заключенных из-за тюремных условий и отсутствия внутренней координации между поставщиками услуг.<sup>50</sup> Можно смягчить сложности, связанные с конфиденциальностью и стигмой, и повысить приемлемость терапии, позволив заключенным самостоятельно хранить лекарства, вместо использования подхода, когда заключенные получают препараты в центральном пункте выдачи.<sup>44</sup>

## Направление в медицинские службы по возвращению в сообщество

Период после освобождения имеет решающее значение в подавлении активности вируса у бывших заключенных, получающих ВААРТ. Хотя заключенные могут получать соответствующее лечение и уход в связи с ВИЧ во время нахождения в заключении, на свободе многие из них не имеют доступа к услугам здравоохранения, либо их доступ ограничен.<sup>47, 52</sup> У заключенных, получающих ВААРТ и остающихся в местах лишения свободы, отмечаются лучшие вирусологические результаты, чем у тех, кто был освобожден и в последствии повторно лишен

свободы. Так происходит, вероятно, из-за повышения возможности перерывов в лечении у тех, кто перемещается между свободой и заключением.<sup>47, 52</sup>

- Даже когда эффективное лечение от ВИЧ начинается в тюрьме, по освобождении возникают сложности с продолжением терапии.<sup>53</sup> Результаты исследования, проведенного в Техасе, показали, что лишь 5,4% заключенных, покинувших исправительные заведения, вовремя получили препараты по выданным им в целях недопущения перерывов рецептам, и лишь 30% получили препараты в течение 60 дней после освобождения.<sup>53</sup> Исследование среди тех, кто был освобожден и повторно заключен в тюрьмы Сан-Франциско, показало, что перерывы в ВААРТ были вызваны отсутствием постоянного места проживания, употреблением марихуаны, инъекционных наркотиков и отсутствием в сообществах медицинской помощи.<sup>54</sup> Еще одно исследование когорты заключенных, покидающих и возвращающихся в тюрьмы для отбывания коротких сроков наказания в Сан-Франциско, выявило, что большинство заключенных прерывают ВААРТ при освобождении (76%), и лишь 15% продолжают принимать ВААРТ без перерывов.<sup>55</sup> Заключенные сталкиваются с существенными трудностями при выходе на свободу. В течение 2 недель после освобождения в 12,8 раз повышается риск смертности от любых причин; при этом ведущая причина смерти – передозировка наркотиков.<sup>56</sup> Частые срывы и возвращение к употреблению наркотиков, неизлеченные психические расстройства, отсутствие жилья и бедность – все это препятствует получению медицинской помощи. Исследование, в рамках которого было введено медикаментозное лечение от наркомании (бупренорфин/нолаксон) для ВИЧ-положительных заключенных перед освобождением, показало стабильное снижение вирусной нагрузки и повышение количества CD4 в течение 12 последующих недель.<sup>57</sup> Освобождение из исправительного заведения является важнейшим моментом для направления лиц в медицинские службы на базе сообществ и другие социальные службы, что позволяет обеспечить непрерывность лечения и снизить связанные с освобождением влияние стресс-факторов и рискованное поведение.

Для улучшения системы направления ВИЧ-положительных заключенных за получением услуг по уходу были разработаны программы сопровождения. Особенно эффективным оказалось сотрудничество между организациями сообщества и исправительными заведениями, в рамках которого предоставлялись услуги в тюрьмах и дальнейший уход после освобождения.<sup>58</sup> В рамках осуществлявшегося в штате Род-Айленд проекта «Мост» (Project Bridge) представлявшего собой 18-месячную интенсивную программу сопровождения, сообщалось, что 75% освобожденных получили медицинскую помощь от поставщиков услуг на базе сообществ, и 100% получили медицинские услуги в связи с ВИЧ.<sup>59</sup> Финансируемый Управлением здравоохранения и медицинского обслуживания специальный проект национальной значимости «Улучшение системы направления в медицинские службы по ВИЧ/СПИДу в условиях тюрем», который осуществляется в 10 точках на территории США, в настоящее время проводит оценку комплексных моделей направления в тюрьмах краткосрочного заключения.<sup>60</sup> Было проведено исследование для внедрения комплексной программы по восстановлению здоровья (Holistic Health Recovery Program), научно-обоснованной интервенции, сочетающей снижение риска ВИЧ и приверженность ВААРТ у заключенных, возвращающихся в общество.<sup>61</sup>

В то время как сопровождение ВИЧ-положительных заключенных, выходящих на свободу, может способствовать устойчивой связи со службами лечения и ухода в связи с ВИЧ, оно также может оказать положительное влияние в качестве вторичной профилактики. Однако, сопровождение само по себе доказало краткосрочную эффективность в снижении рискованного поведения и оказывает менее значительное влияние на рискованное сексуальное поведение.<sup>51, 62</sup> Подходы, сочетающие сопровождение с целевыми программами снижения вреда, могут более эффективно снижать риск в этой группе населения в долгосрочной перспективе.

## Туберкулез и гепатит С в условиях тюрем

Гепатит С (ВГС) и туберкулез (ТБ) весьма распространены у заключенных<sup>26, 63</sup> и часто встречаются в качестве ко-инфекций ВИЧ. Сочетанные инфекции ВГС и ТБ у лиц, употребляющих наркотики,

обсуждаются в Главе 3; здесь внимание уделяется сопутствующим заболеваниям в условиях тюрем.

Было установлено, что распространенность туберкулеза в уголовно-исправительных учреждениях бывает до 100 раз выше, чем у остального населения. Туберкулез в тюрьмах составляет до 25% всех случаев заболеваний в США.<sup>63</sup> В тюремных условиях также высока распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Повышение количества ВИЧ-положительных ПИН среди заключенных также играет значительную роль в усилении отрицательных последствий лишения свободы для туберкулеза.<sup>64</sup> ВОЗ разработала руководство для руководителей программ «Борьба с туберкулезом в тюрьмах».<sup>65</sup> Коалицией по предоставлению технической помощи в борьбе с туберкулезом было разработано «Руководство по борьбе с туберкулезом в тюрьмах».<sup>66</sup> Центры по контролю и профилактике заболеваний США издали рекомендации «Профилактика и борьба с туберкулезом в исправительных учреждениях и местах содержания под стражей»,<sup>67</sup> а в 2010 году Федеральное бюро тюрем обновило руководство по клинической практике «Лечение туберкулеза». Проект Европейского отделения ВОЗ по здравоохранению в тюрьмах выявил некоторые препятствия эффективной борьбе с туберкулезом в тюрьмах.<sup>69</sup> В рамках проведенного в 20 крупных исправительных заведениях США исследования по профилактике и борьбе с туберкулезом было установлено, что необходимы улучшения, особенно в отношении информации о ВИЧ-статусе заключенных.<sup>70</sup>

ВГС также распространен в тюрьмах, особенно у потребителей инъекционных наркотиков.<sup>26, 71-75</sup> Сообщалось об эпизодических случаях передачи ВИЧ в связи с продолжающимся инъекционным употреблением наркотиков и совместным пользованием инъекционным инвентарем. У ВИЧ-положительных заключенных ВГС является обычным сопутствующим заболеванием.<sup>71, 77-78</sup> В свете высоких показателей сочетанной инфекции ВИЧ+ВГС было предложено, чтобы все ВИЧ-положительные заключенные проходили тестирование на ВГС.<sup>78</sup> Однако тестирование на ВГС на основе показателей риска, особенно тестирование тех, кто лично сообщил об инъекционном употреблении наркотиков, может пропустить значительное число инфицированных.<sup>79</sup>

Тюрьмы позволяют лечить хронический ВГС у людей, которые на свободе имели бы ограниченный доступ к лечению.<sup>73, 80</sup> Услуги по лечению ВГС в тюрьмах США были бы более эффективными, если бы было обеспечено сотрудничество между тюрьмами и учреждениями здравоохранения.<sup>81-82</sup> Центры по контролю и профилактике заболеваний США издали рекомендации «Профилактика и лечение гепатита в условиях тюрем»,<sup>83</sup> а Федеральное бюро тюрем разработало «Руководство по профилактике и лечению гепатита С и цирроза печени».<sup>84</sup>

## Заключение и рекомендации

Заключенные несут непропорционально тяжёлое бремя ВИЧ-инфекции, что во многом связано с тем, что очень большую часть заключенных составляют люди с наркотической зависимостью, психическими расстройствами, а также представители этнических меньшинств. Тестирование на ВИЧ, лечение и планирование освобождения являются ключевыми элементами обеспечения адекватного ухода в связи с ВИЧ в условиях тюрем. Был собран значительный объем данных, позволяющих подтвердить высокую эффективность лечения в ходе заключения; однако большая часть достигнутых в подавлении вирусной нагрузки успехов теряется при освобождении, когда бывшие заключенные сталкиваются с непреодолимыми препятствиями в получении доступа к уходу. Успешное планирование освобождения и интенсивное сопровождение в переходный период от тюрьмы к жизни в обществе являются критически важными в обеспечении приверженности ВААРТ и доступа к уходу. Особое внимание необходимо уделять лечению психических расстройств, предложению опиоидной заместительной терапии и лечению зависимости во время нахождения в заключении, а также решению таких практических вопросов, как обеспечение жильем, работой и питанием после освобождения. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в лечении зависимости, все еще существует потребность в обучении персонала тюрем и просвещении лиц, принимающих решения, о медицинских и социальных выгодах лечения, в особенности ОЗТ.

В своей презентации д-р Джосайя Рич из больницы Мириам и медицинского факультета Брауновского университета определил следующие цели и задачи:

- Максимальное расширение тестирования на ВИЧ заключенных;
- Оптимизация качественного ухода в связи с ВИЧ и сопутствующих расстройств, и обеспечение конфиденциальности;
- Оптимизация процесса возвращения в сообщество после освобождения и обеспечение связей с комплексным уходом и другими услугами;
- Снижение рецидивизма;
- Реализация программ по первичной и вторичной профилактике ВИЧ.

Эти рекомендации и приоритеты были одобрены в рамках дискуссионной группы, работающей по теме уголовного права. Дополнительные рекомендации были предложены группой по правам человека и уязвимым группам населения, группой по лечению наркозависимости и профилактике ВИЧ, а также группой по осуществлению профилактики ВИЧ. Все рекомендации представлены в Приложении А.

Д-р Энтони Фаучи, Директор Национального института алергологии и инфекционных заболеваний (NIAID), в своем выступлении поддержал необходимость дальнейших исследований в отношении реализации модели «искать, тестировать, лечить и удерживать» в условиях тюрем. Д-р Фаучи отметил, что NIAID и Национальный институт психического здоровья (NIMH) присоединились к инициированному Национальным институтом наркологии конкурсу на подачу заявок на исследования, нацеленных на разработку, осуществление и оценку стратегий по расширению тестирования на ВИЧ и предоставления ВААРТ ВИЧ-положительным заключенным; при этом особое внимание уделяется непрерывности ВААРТ во время и после возвращения в сообщество из тюремного заключения. Общий бюджет конкурсной программы - 10,6 миллиона долл. США; ожидается, что в сентябре 2010 года будет выдано еще 7-10 исследовательских грантов.

## Ссылки

- <sup>1</sup> Chandler, R.K., Fletcher, B.W., & Volkow, N.D. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 301, 183–190, 2009.
- <sup>2</sup> DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Milloy, M.J., Montaner, J., & Wood, E. Incarceration and drug use patterns among a cohort of injection drug users. *Addiction* 104, 69–76, 2009.
- <sup>3</sup> Reuter, P. Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): Assessing drug problems, policies and reform proposals. *Addiction* 104, 510–517, 2009.
- <sup>4</sup> HIV in prisons. *Lancet Infectious Diseases* 7, 1, 2007.
- <sup>5</sup> Belenko, S. & Peugh, J. Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 269–281, 2005.
- <sup>6</sup> Dolan, K., Kite, B., Black, E., Aceijas, C., & Stimson, G.V. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases* 7, 32–41, 2007.
- <sup>7</sup> Mumola, C. & Karberg, J. Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2006. (2006). <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=778>.
- <sup>8</sup> Maru, D.S., Basu, S., & Altice, F.L. HIV control efforts should directly address incarceration. *Lancet Infectious Diseases* 7, 568–569, 2007.
- <sup>9</sup> Wood, E., Werb, D., Marshall, B.D., Montaner, J.S., & Kerr, T. The war on drugs: A devastating public-policy disaster. *Lancet* 373, 989–990, 2009.
- <sup>10</sup> Minton, T. & Sabol, W. Jail Inmates at Midyear 2008. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2009. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=1004>
- <sup>11</sup> Sabol, W., West, H., & Cooper, M. Prisoners in 2008. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2009. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=1763>
- <sup>12</sup> Glaze, L. & Bonczar, T. Probation and Parole in the United States 2008. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2009. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=1764>.
- <sup>13</sup> Braithwaite, R.L., Treadwell, H.M. & Arriola, K.R. Health disparities and incarcerated women: A population ignored. *American Journal of Public Health* 98, 173–175, 2008.
- <sup>14</sup> Spaulding, A., Stephenson, B., Macalino, G., Ruby, W., Clarke, J.G., & Flanigan, T.P. Human immunodeficiency virus in correctional facilities: A review. *Clinical Infectious Diseases* 35, 305–312, 2002.
- <sup>15</sup> Maruschak, L. HIV in Prisons, 2006. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2008. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=952>.
- <sup>16</sup> Blankenship, K.M., Smoyer, A.B., Bray, S.J., & Mattocks, K. Black-white disparities in HIV/AIDS: The role of drug policy and the corrections system. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 16, 140–156, 2005.
- <sup>17</sup> Khan, M.R., Doherty, I.A., Schoenbach, V.J., Taylor, E.M., Epperson, M.W., & Adimora, A.A. Incarceration and high-risk sex partnerships among men in the United States. *Journal of Urban Health* 86, 584–601, 2009.
- <sup>18</sup> Moore, L.D. & Elkavich, A. Who's using and who's doing time: Incarceration, the war on drugs, and public health. *American Journal of Public Health* 98, 782–786, 2008.
- <sup>19</sup> UNODC. UNODC, Prison Settings. <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/prison-settings.html?ref=menu>
- <sup>20</sup> Vlahov, D., Robertson, A.M., & Strathdee, S.A. Prevention of HIV infection among injection drug users in resource-limited settings. *Clinical Infectious Diseases* 50 (Suppl 3), S114–121, 2010.
- <sup>21</sup> Jurgens, R., Ball, A., & Verster, A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infectious Diseases* 9, 57–66, 2009.
- <sup>22</sup> Werb, D., Kerr, T., Small, W., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: Implications for prison-based public health strategies. *Journal of Public Health (Oxf)* 30, 126–132, 2008.
- <sup>23</sup> Hayashi, K., Milloy, M.J., Fairbairn, N., Kaplan, K., Suwannawong, P., Lai, C., Wood, E., & Kerr, T. Incarceration experiences among a community-recruited sample of injection drug users in Bangkok, Thailand. *BMC Public Health* 9, 492, 2009.
- <sup>24</sup> Krebs, C.P. & Simmons, M. Intraprison HIV transmission: An assessment of whether it occurs, how it occurs, and who is at risk. *AIDS Education and Prevention* 14, 53–64, 2002.
- <sup>25</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV transmission among male inmates in a state prison system, Georgia, 1992–2005. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 55, 421–426, 2006.
- <sup>26</sup> Hammett, T.M. HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: Transmission, burden, and an appropriate response. *American Journal of Public Health* 96, 974–978, 2006.
- <sup>27</sup> Jafa, K., McElroy, P., Fitzpatrick, L., Borkowf, C.B., Macgowan, R., Margolis, A., Robbins, K., Youngpairoj, A.S., Stratford, D., Greenberg, A., Taussig, J., Shouse, R.L., Lamarre, M., McLellan-Lemal, E., Heneine, W., & Sullivan, P.S. HIV transmission in a state prison system, 1988–2005. *PLoS One* 4, e5416, 2009.
- <sup>28</sup> Macalino, G.E., Vlahov, D., Sanford-Colby, S., Patel, S., Sabin, K., Salas, C., & Rich, J.D. Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. *American Journal of Public Health* 94, 1218–1223, 2004.
- <sup>29</sup> UNODC. HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response, 2006. <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html?ref=menu>.

- <sup>30</sup> UNAIDS. The UNAIDS 2008 Report on the global AIDS epidemic. 2008. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>.
- <sup>31</sup> Bruce, R.D. & Schleifer, R.A. Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention. *International Journal of Drug Policy* 19, 17–23, 2008.
- <sup>32</sup> Larney, S. & Dolan, K. A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: Equivalence of care? *European Addiction Research* 15, 107–112, 2009.
- <sup>33</sup> Nunn, A., Zaller, N., Dickman, S., Trimburo, C., Nijhawan, A., & Rich, J.D. Methadone and buprenorphine prescribing and referral practices in US prison systems: Results from a nationwide survey. *Drug and Alcohol Dependence* 105, 83–88, 2009.
- <sup>34</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV Testing Implementation Guidelines for Correctional Settings. Atlanta, GA: CDC, 2008. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/guidelines/correctional-settings/index.htm>.
- <sup>35</sup> Zaller, N., Dawalt, M., Beckwith, C., Rich, J.D., & Flanigan, T.P. Routine HIV testing in US prisons. *Lancet Infectious Diseases* 7, 440–441, 2007.
- <sup>36</sup> Rosen, D.L., Schoenbach, V.J., Wohl, D.A., White, B.L., Stewart, P.W., & Golin, C. E. An evaluation of HIV testing among inmates in the North Carolina prison system. *American Journal of Public Health* 99 (Suppl 2), S452–459, 2009.
- <sup>37</sup> Liddicoat, R.V., Zheng, H., Internicola, J., Werner, B.G., Kazianis, A., Golan, Y., Rubinstein, E.P., Freedberg, K.A., & Walensky, R.P. Implementing a routine, voluntary HIV testing program in a Massachusetts county prison. *Journal of Urban Health* 83, 1127–1131, 2006.
- <sup>38</sup> Kavasey, R. & Altice, F.L. Observations on implementing routine HIV testing in jails. *AIDS Patient Care STDS* 21, 715–716, 2007; author reply 717, 2007.
- <sup>39</sup> Duffus, W.A., Youmans, E., Stephens, T., Gibbons, J.J., Albrecht, H., & Potter, R. H. Missed opportunities for early HIV diagnosis in correctional facilities. *AIDS Patient Care STDS* 23, 1025–1032, 2009.
- <sup>40</sup> Macgowan, R., I. Margolis, A., Richardson-Moore, A., Wang, T., Lalota, M., French, P.T., Stodola, J., McKeever, J., Carrel, J., Mullins, J., Llanas, M., Griffiths, S.D., & the Rapid Testing in Corrections (RTC) Team. Voluntary rapid human immunodeficiency virus (HIV) testing in jails. *Sexually Transmitted Diseases* 36, S9–13, 2009.
- <sup>41</sup> Beckwith, C.G., Atunah-Jay, S., Cohen, J., Macalino, G., Poshkus, M., Rich, J.D., Flanigan, T.P., & Lally, M.A. Feasibility and acceptability of rapid HIV testing in jail. *AIDS Patient Care STDS* 21, 41–47, 2007.
- <sup>42</sup> Kavasey, R., Maru, D.S., Cornman-Homonoff, J., Sylla, L.N., Smith, D., & Altice, F.L. Routine opt-out HIV testing strategies in a female jail setting: A prospective controlled trial. *PLoS One* 4, e7648, 2009.
- <sup>43</sup> Kavasey, R., Maru, D.S., Sylla, L.N., Smith, D., & Altice, F.L. A prospective controlled trial of routine opt-out HIV testing in a men's jail. *PLoS One* 4, e8056, 2009.
- <sup>44</sup> Pontali, E. Antiretroviral treatment in correctional facilities. *HIV Clinical Trials* 6, 25–37, 2005.
- <sup>45</sup> Springer, S.A. & Altice, F.L. Managing HIV/AIDS in correctional settings. *Current HIV/AIDS Report* 2, 165–170, 2005.
- <sup>46</sup> Springer, S.A., Friedland, G.H., Doros, G., Pesanti, E., & Altice, F.L. Antiretroviral treatment regimen outcomes among HIV-infected prisoners. *HIV Clinical Trials* 8, 205–212, 2007.
- <sup>47</sup> Springer, S.A., Pesanti, E., Hodges, J., Macura, T., Doros, G., & Altice, F.L. Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: Reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community. *Clinical Infectious Diseases* 38, 1754–1760, 2004.
- <sup>48</sup> Baillargeon, J., Borucki, M.J., Zepeda, S., Jenson, H.B., & Leach, C.T. Antiretroviral prescribing patterns in the Texas prison system. *Clinical Infectious Diseases* 31, 1476–1481, 2000.
- <sup>49</sup> Zaller, N., Thurmond, P., & Rich, J.D. Limited spending: An analysis of correctional expenditures on antiretrovirals for HIV-infected prisoners. *Public Health Report* 122, 49–54, 2007.
- <sup>50</sup> Grinstead, O., Seal, D.W., Wolitski, R., Flanigan, T., Fitzgerald, C., Nealey-Moore, J., Askew, J., & the Project START Study Group. HIV and STD testing in prisons: Perspectives of in-prison service providers. *AIDS Education and Prevention* 15, 547–560, 2003.
- <sup>51</sup> White, M.C., Tulsy, J.P., Estes, M., Jamison, R., & Long, H.L. Health and health behaviors in HIV-infected jail inmates, 1999 and 2005. *AIDS Patient Care STDS* 22, 221–231, 2008.
- <sup>52</sup> Stephenson, B.L., Wohl, D.A., Golin, C.E., Tien, H.C., Stewart, P., & Kaplan, A.H. Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Report* 120, 84–88, 2005.
- <sup>53</sup> Baillargeon, J., Giordano, T.P., Rich, J.D., Wu, Z.H., Wells, K., Pollock, B.H., & Paar, D.P. Accessing antiretroviral therapy following release from prison. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 301, 848–857, 2009.
- <sup>54</sup> Clements-Nolle, K., Marx, R., Pendo, M., Loughran, E., Estes, M., & Katz, M. Highly active antiretroviral therapy use and HIV transmission risk behaviors among individuals who are HIV infected and were recently released from jail. *American Journal of Public Health* 98, 661–666, 2008.
- <sup>55</sup> Pai, N.P., Estes, M., Moodie, E.E., Reingold, A.L., & Tulsy, J.P. The impact of antiretroviral therapy in a cohort of HIV infected patients going in and out of the San Francisco county jail. *PLoS One* 4, e7115, 2009.
- <sup>56</sup> Binswanger, I.A., Stern, M.F., Deyo, R.A., Heagerty, P.J., Cheadle, A., Elmore, J.G., & Koepsell, T.D. Release from prison: A high-risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine* 356, 157–165, 2007.
- <sup>57</sup> Springer, S.A., Chen, S., & Altice, F.L. Improved HIV and Substance Abuse Treatment Outcomes for Released HIV-Infected Prisoners: The Impact of Buprenorphine Treatment. *Journal of Urban Health* (epub ahead of print, February 2010).
- <sup>58</sup> Klein, S.J., O'Connell, D.A., Devore, B.S., Wright, L.N., & Birkhead, G.S. Building an HIV continuum for inmates: New York State's criminal justice initiative. *AIDS Education and Prevention* 14, 114–123, 2002.

- <sup>59</sup> Rich, J.D., Holmes, L., Salas, C., Macalino, G., Davis, D., Ryczek, J., & Flanigan, T. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health* 78, 279–289, 2001.
- <sup>60</sup> Spaulding, A.C., Arriola, K.R., Hammett, T., Kennedy, S., & Tinsley, M. Rapid HIV testing in rapidly released detainees: Next steps. *Sexually Transmitted Diseases* 36, S34–36, 2009.
- <sup>61</sup> Copenhaver, M., Chowdhury, S., & Altice, F.L. Adaptation of an evidence-based intervention targeting HIV-infected prisoners transitioning to the community: The process and outcome of formative research for the Positive Living Using Safety (PLUS) intervention. *AIDS Patient Care STDS* 23, 277–287, 2009.
- <sup>62</sup> Needels, K., James-Burdumy, S., & Burghardt, J. Community case management for former jail inmates: Its impacts on rearrest, drug use, and HIV risk. *Journal of Urban Health* 82, 420–433, 2005.
- <sup>63</sup> World Health Organization (WHO). Tuberculosis in Prisons. [http://www.who.int/tb/challenges/prisons/story\\_1/en/index.html](http://www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en/index.html)
- <sup>64</sup> Stuckler, D., Basu, S., McKee, M., & King, L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proceedings of the National Academy of Science USA* 105, 13280–13285, 2008.
- <sup>65</sup> World Health Organization (WHO). Tuberculosis Control in Prisons. [http://www.who.int/tb/publications/prisons\\_tb\\_control\\_manual/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/prisons_tb_control_manual/en/index.html)
- <sup>66</sup> Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. Guidelines for Control of Tuberculosis in Prisons, 2009. <http://www.tbcta.org/Library/#16>
- <sup>67</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC. Endorsed by the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis, the National Commission on Correctional Health Care, and the American Correctional Association. *MMWR Recommendations and Reports* 55, 1–44, 2006.
- <sup>68</sup> U.S. Federal Bureau of Prisons. Clinical Practice Guidelines on “Management of Tuberculosis.” 2010. <http://www.bop.gov/news/medresources.jsp>.
- <sup>69</sup> Moller, L., Gatherer, A., & Dara, M. Barriers to implementation of effective tuberculosis control in prisons. *Public Health* 123, 419–421, 2009.
- <sup>70</sup> Roberts, C.A., Lobato, M.N., Bazerman, L.B., Kling, R., Reichard, A.A., & Hammett, T.M. Tuberculosis prevention and control in large jails: A challenge to tuberculosis elimination. *American Journal of Preventive Medicine* 30, 125–130, 2006.
- <sup>71</sup> Weinbaum, C.M., Sabin, K.M., & Santibanez, S.S. Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: A review of epidemiology and prevention. *AIDS* 19 (Suppl) 3, S41–46, 2005.
- <sup>72</sup> Adjei, A.A., Armah, H.B., Gbagbo, F., Ampofo, W.K., Boamah, I., Adu-Gyamfi, C., Asare, I., Hesse, I.F., & Mensah, G. Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: A national multicenter study. *BMC Infectious Diseases* 8, 33, 2008.
- <sup>73</sup> Strock, P., Mossong, J., Hawotte, K., & Arendt, V. Access to treatment of hepatitis C in prison inmates. *Digestive Diseases and Sciences* 54, 1325–1330, 2009.
- <sup>74</sup> Verneuil, L., Vidal, J.S., Ze Bekolo, R., Vabret, A., Petijean, L., Leclercq, R., & Leroy, D.I. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. *European Journal of Clinical Microbiology of Infectious Diseases* 28, 409–413, 2009.
- <sup>75</sup> Vescio, M.F., Longo, B., Babudieri, S., Starnini, G., Carbonara, S., Rezza, G., & Monarca, R.I. Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 305–313, 2008.
- <sup>76</sup> Dolan, K., Teutsch, S., Scheuer, N., Levy, M., Rawlinson, W., Kaldor, J., Lloyd, A., & Haber, P. Incidence and risk for acute hepatitis C infection during imprisonment in Australia. *European Journal of Epidemiology* 25, 143–148, 2010.
- <sup>77</sup> Hennessey, K.A., Kim, A.A., Griffin, V., Collins, N.T., Weinbaum, C.M., & Sabin, K. Prevalence of infection with hepatitis B and C viruses and co-infection with HIV in three jails: A case for viral hepatitis prevention in jails in the United States. *Journal of Urban Health* 86, 93–105, 2009.
- <sup>78</sup> Pontali, E. & Ferrari, F. Prevalence of Hepatitis B virus and/or Hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the Human Immunodeficiency Virus. *International Journal of Prison Health* 4, 77–82, 2008.
- <sup>79</sup> Macalino, G.E., Dhawan, D., & Rich, J.D. A missed opportunity: Hepatitis C screening of prisoners. *American Journal of Public Health* 95, 1739–1740, 2005.
- <sup>80</sup> Maru, D.S., Bruce, R.D., Basu, S., & Altice, F.L. Clinical outcomes of hepatitis C treatment in a prison setting: Feasibility and effectiveness for challenging treatment populations. *Clinical Infectious Diseases* 47, 952–961, 2008.
- <sup>81</sup> Chow, J.M., Joesoef, M.R., Kent, C., Weinstock, H., & Fenton, K. Responding to the burden of STD, HIV, and viral hepatitis in correctional populations through program collaboration and integration. *Sexually Transmitted Diseases* 36, S1–2, 2009.
- <sup>82</sup> Spaulding, A.C., Weinbaum, C.M., Lau, D.T., Sterling, R., Seeff, L.B., Margolis, H.S., & Hoofnagle, J. H. A framework for management of hepatitis C in prisons. *Annals of Internal Medicine* 144, 762–769, 2006.
- <sup>83</sup> Weinbaum, C., Lyster, R., & Margolis, H.S. Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recommendations and Reports* 52, 1–36; quiz CE31–34 (2003).
- <sup>84</sup> U.S. Federal Bureau of Prisons. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis C and Cirrhosis. <http://www.bop.gov/news/medresources.jsp>.





## Глава 6. Права человека, группы риска и уязвимые социальные группы

В своей презентации, д-р Даниэл Вольф (Международная программа развития снижения вреда, Институт Открытого Общества) коснулся вопроса прав человека и профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ. Он отметил, что исследователи и провайдеры услуг, работающие с потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) уже давно подчеркивали важность оказания услуг и защиты прав человека. По его словам, правозащитники обычно использовали иные нормативные стандарты, чем провайдеры услуг в сфере здравоохранения: первые чаще цитировали Всеобщую декларацию прав человека и другие международные конвенции по правам человека,<sup>1</sup> а вторые – руководство Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Однако в последнее время специалисты по правам человека все в большей степени приходят к выводу об общих целях с теми, кто работает по снижению негативного воздействия на здоровье от употребления незаконных наркотиков.<sup>2-4</sup> Такие принципы, как неприкосновенность личности, самоопределение, право на личную жизнь, а также свобода от жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения относятся к фундаментальным принципам прав человека.<sup>5-6</sup> Эти принципы пересекаются с элементами разработки эффективных программ в области здравоохранения, предназначенных для людей, проходящих лечение от наркоманий, т.е. где доверие клиента и терапевтическое сотрудничество являются ключевыми факторами.<sup>7-8</sup>

Тем не менее, границы общего между здравоохранением и правами человека подвергаются постоянным испытаниям. На самом деле провайдеры услуг, правозащитники, политики, сотрудники правоохранительных органов и работники системы общественного здравоохранения часто расходятся во взглядах, поскольку им приходится беспокоиться о достижении различных целей: обеспечения личных свобод, здравоохранения и безопасности всех граждан. Даже среди правозащитников нет единого

мнения о достижимых стандартах и надлежащем распределении ресурсов.<sup>9-10</sup> В том, что касается ВИЧ/СПИДа, национальные обязательства в отношении всеобщего доступа к профилактике и лечению, а также признание того, что ПИН и другие потребители наркотиков не лишаются своих прав на услуги здравоохранения и на человеческое достоинство, представляют собой сферу, где сходятся мнения борцов за здоровье и права человека. Особый акцент, который делается в международных документах по правам человека на защиту уязвимых групп населения, особенно резонирует со взглядами специалистов, работающих в сфере профилактики и лечения ВИЧ.

Обзор, проведенный Стемплом, демонстрирует эволюцию союза между общественным здравоохранением и правами человека в контексте ВИЧ/СПИДа; здесь обсуждаются недавние изменения, как в сфере прав человека, так и в сфере ВИЧ/СПИДа, а также предлагаются рекомендации по улучшению ситуации в области прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа.<sup>11</sup> В обзоре указывается, что несмотря на то, что здравоохранение и права человека могут способствовать взаимному укреплению, множество специалистов в области здравоохранения и медицины не имеют никаких знаний в сфере прав человека и полны неверных представлений. Стемпл советует практикам, работающим в сфере прав человека, оценивать их деятельность с применением стандартов общественных наук, чтобы продемонстрировать положительное воздействие деятельности по охране здоровья, основанной на правах человека. Схожий подход заключается в том, чтобы использовать индикаторы здравоохранения и прав человека для определения прогресса, расхождений внутри стран и в мире, а также для установления того, соответствуют ли правам человека политики и программы, которые являются наиболее эффективными в сфере здравоохранения.<sup>12</sup>

Особое внимание в этой главе уделяется нескольким группам населения, у которых уровень распространенности ВИЧ-инфекции выше, чем у остального населения, и которые нуждаются в обеспечении и защите их прав: женщины в развивающихся странах, секс-работники и мужчины, которые практикуют секс с мужчинами. Во многих странах эти группы подвергаются в обществе наибольшей маргинализации и дискриминации. В то же время, ресурсы, выделенные на профилактику, лечение и уход в связи с ВИЧ в этих группах непропорциональны распространенности ВИЧ-инфекции внутри этих групп, что представляет собой неэффективное управление этими ресурсами и неспособность обеспечить соблюдение основных прав человека.

Две группы населения, подверженные высокому риску инфицирования ВИЧ – потребители инъекционных и неинъекционных наркотиков и заключенные – рассматриваются в других главах из-за высокой распространенности заболевания и существенных барьеров, препятствующих профилактике, лечению и уходу за их комплексными потребностями. Из-за незаконности употребления наркотиков и связанной с этим стигмы, потребители инъекционных наркотиков часто исключаются из системы здравоохранения и не видят смысла стремиться получить медицинские услуги. Необходимость в комплексных услугах, которые направлены как на ВИЧ, так и на злоупотребление наркотиками, была

первоочередной темой консультативной встречи и подробно рассматривается в главах 3, 4 и во всем отчете. Условия, существующие в большинстве тюрем, превращает их в места с чрезвычайно высоким риском заражения ВИЧ, из-за чего их называют «инкубаторами» ВИЧ-инфекции, а также гепатита С и туберкулеза. Потребности заключенных описаны в главе 5.

В этой главе рассматривается, каким образом стигма и дискриминация способствуют росту уязвимости групп риска. Здесь анализируются половое неравенство и факторы, которые подрывают независимость женщин, особенно в странах развивающегося мира. Далее следует обсуждение секс-работы, потребления наркотиков и ВИЧ. В конце главы внимание уделено проблемам мужчин, практикующих секс с мужчинами. Тема защиты прав человека во всех программах по профилактике, лечению и уходу для этих групп населения проходит красной нитью по всей главе.

## Стигма, дискриминация и уязвимость перед ВИЧ

Стигма, дискриминация и социальная маргинализация являются причинами риска и уязвимости перед ВИЧ, а также последствиями ВИЧ-положительного диагноза. Стигматизирующее отношение к ВИЧ и группам наибольшего риска происходит главным образом из двух источников.<sup>14</sup> Первый – боязнь заражения, которая на протяжении веков была источником

### Риск и уязвимость к ВИЧ

По определению ЮНЭЙДС, риск – это вероятность того, что человек может стать ВИЧ-инфицированным. Некоторые виды поведения создают, повышают и поддерживают риск заражения. В качестве примеров можно привести незащищенный секс с партнером, чей ВИЧ-статус неизвестен, незащищенные сексуальные контакты с множеством различных партнеров и инъекционное употребление наркотиков зараженными иглами и шприцами.

Уязвимость является результатом целого ряда факторов, независящих от человека, которые снижают его способность избегать риска ВИЧ-инфекции. К этим факторам могут относиться: (1) отсутствие знаний и навыков, необходимых для того, чтобы защитить себя и других; (2) факторы, связанные с охватом услугами и их качеством (например, недоступность услуг в связи с удаленностью, стоимость и др.); (3) социальные факторы, такие как нарушения прав человека, социальные и культурные нормы. К этим нормам могут относиться практики, убеждения и законы, стигматизирующие и маргинализирующие определенные группы населения, снижая тем самым способность последних получать доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Эти факторы, действуя независимо или в сочетании друг с другом, могут способствовать формированию или обострению индивидуальной и коллективной уязвимости от ВИЧ.<sup>14</sup>

стигмы, связанной с болезнями. Второй источник – негативные, оценочные суждения о людях, живущих с ВИЧ, которые способствуют формированию предвзятого отношения и дискриминации.<sup>15</sup> В некоторых случаях дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ, или подверженных высокому риску инфицирования, обретает законный статус в связи с принятием национальных и местных законов. По данным Европейской группы по лечению СПИДа, многие страны ограничивают право на въезд, проживание и пребывание на их территории людей, имеющих ВИЧ-положительный статус.<sup>16</sup>

Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ подрывают усилия в сфере профилактики ВИЧ, так как заставляют людей избегать тестирования и не желать получения информации о том, как защитить себя от инфекции. Боязнь стигмы и дискриминации также приводит к тому, что люди, живущие с ВИЧ, в меньшей степени стремятся к получению лечения и ухода, менее привержены к лечению и реже открывают свой положительный ВИЧ-статус своим сексуальным партнерам.<sup>17</sup>

Законы могут защитить людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации, но они также могут способствовать повышению дискриминации. К примеру, широкое применение уголовного права в отношении передачи ВИЧ превращает людей, живущих с ВИЧ, в потенциальных преступников.<sup>14</sup> Закон также может защитить и другие группы (таких как мужчин, практикующих секс с мужчинами, потребителей наркотиков или секс-работников) от нарушений их прав человека, в особенности от насилия, дискриминации и отсутствия права на справедливый суд. Однако когда занятия таких групп подвергаются уголовному преследованию, закон и правоохранительные органы становятся барьером к доступу и получению услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.<sup>14</sup> Узаконенная дискриминация также приводит к таким упущениям, как, например, когда объемы ресурсов, предназначенных для профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ в этих группах населения, не соответствуют их потребностям или реалиям эпидемиологической обстановки, или когда системы наблюдения за ВИЧ не способны отслеживать ситуацию в этих группах.

**Эффективные меры.** За последние несколько лет удалось достичь еще более четкого понимания негативных последствий стигмы и дискриминации, и все большее количество учреждений и организаций сосредоточили свое внимание на этих последствиях.<sup>14</sup> Сформировался целый ряд успешных подходов и стратегий. Среди них:

- *Предотвращение дискриминации в связи с ВИЧ-статусом.* Правовые гарантии, защищающие от дискриминации в связи с ВИЧ, являются важнейшим условием эффективного национального ответа на эпидемию;<sup>18</sup>
- *Продвижение знаний о ВИЧ и формирование чувства сопереживания.* Успешные программы часто содержат элементы повышения потенциала людей, живущих с ВИЧ, образование в сфере ВИЧ/СПИДа, а также мероприятия, которые способствуют взаимодействию между людьми, живущими с ВИЧ, и ключевыми партнерами, включая политиков и знаменитостей;<sup>14</sup>
- *Повышение «заметности» людей, живущих с ВИЧ.* Молчание, страх и стыд приводят к процветанию стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. За период с 1996 по 2007 год, Сеть людей, живущих с ВИЧ, в Замбии (NZP+) выросла от 28 до более чем 50000 членов. Проведя более 3000 групп взаимопомощи, NZP+ мобилизовала своих членов на борьбу со стигмой и на отстаивание своих прав на доступ к качественным услугам;<sup>14</sup>
- *Расширение доступа к лечению.* Государственные инвестиции в антиретровирусную терапию (АРТ) помогают смягчить стигму в связи с ВИЧ, поскольку тем самым, подчеркивается ценность жизни и благополучия людей, живущих с ВИЧ.<sup>14</sup> Результаты длительного повторного обследования в Момбасе (Кения) показали, что люди, принимающие антиретровирусные препараты, имеют менее высокий уровень внутренней стигмы через 12 месяцев после начала терапии и в большей степени склонны к раскрытию своего ВИЧ-статуса членам семьи;
- *Запрет дискриминации в отношении групп наибольшего риска.* В целом, в странах, где приняты не-дискриминирующие законы, программы профилактики ВИЧ более эффективно достигают

групп наибольшего риска, чем в странах, где подобных законов нет;<sup>14</sup>

- *Усиление сообществ групп наибольшего риска.* Доступ к социальной помощи (который иногда называют социальным капиталом) имеет жизненно важное значение в снижении уязвимости маргинализированных групп.<sup>14</sup> Практически во всех странах, где эпидемия ВИЧ была обращена вспять, мобилизация сообществ на местном уровне являлась ключевой составляющей национального ответа на ВИЧ.<sup>19</sup>

## Половое неравенство

Многочисленные и разнообразные связи между половым неравенством и повышенной уязвимостью перед ВИЧ-инфекцией у женщин и девушек были установлены множеством исследований.<sup>20</sup> Культурные или общественные нормы часто ограничивают доступ женщин к базовой информации о сексуальном и репродуктивном здоровье. Даже если женщина имеет доступ к информации и средствам профилактики (например, к презервативам), половые нормы, предписывающие неравную и более пассивную роль женщин в принятии решений в сфере сексуальных отношений, ослабляют независимость женщин, подвергают многих сексуальному принуждению и не позволяют им настаивать на воздержании или использовании презерватива со стороны своих партнеров-мужчин.

Традиционные взгляды на мужественность и мужское сексуальное поведение также способствуют повышению риска заражения у мужчин и мальчиков.<sup>14</sup> Типичные мужские роли, которые призывают мужчин и мальчиков быть грубыми, агрессивными, сексуально доминирующими и действующими рискованно, часто ассоциируются с типами поведения, которые повышают риск заражения мужчин ВИЧ-инфекцией. К таким типам поведения относятся большое количество сексуальных партнеров, употребление наркотиков или алкоголя и отказ от медицинской помощи при ЗППП. Взаимно вредный характер некоторых половых норм подчеркивает важность вовлечения мужчин и мальчиков во все мероприятия, нацеленные на достижение изменений.

Григ и др. рассматривают половую принадлежность, ВИЧ/СПИД и соответствующие программы на

различных уровнях – личном, сообщества, национальном, региональном и глобальном; учет всех этих уровней необходим для того, чтобы эффективно решать проблемы полового неравенства и ВИЧ/СПИДа.<sup>21</sup>

**Эффективные меры.** Появляется все больше стратегий, способных снизить половое неравенство и изменить вредные половые нормы.<sup>14</sup> К таким стратегиям относятся:

- *Образование.* Школьное образование предлагает превосходные возможности для снижения риска и уязвимости девочек перед ВИЧ. Вероятность использования презервативов девушками, имеющими начальное образование, выше в более чем два раза, а девушками с законченным средним образованием – в 4-7 раз, и соответственно риск ВИЧ-инфицирования у них ниже, чем у девушек, не имеющих образования;
- *Многокомпонентные программы по изменению вредных половых норм.* Широкий спектр многообещающих программ был разработан с целью оказания помощи сообществам в выработке справедливых половых норм.<sup>14</sup> Наиболее эффективными в плане изменения отношения и поведения оказались программы, которые были нацелены на трансформацию половых ролей посредством критических размышлений, ролевых игр и других форм интерактивной работы;
- *Снижение полового насилия.* Широко распространенное насилие в отношении женщин не только представляет собой глобальный кризис прав человека, но и способствует повышению уязвимости женщин перед ВИЧ.<sup>14</sup> От 40 до 60% женщин, опрошенных в Бангладеше, Эфиопии, Перу, Самоа, Таиланде и Объединенной Республике Танзания, заявили, что они подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны своих интимных партнеров.<sup>22</sup> Международный опыт свидетельствует, что уровень насилия может быть снижен. Однако, 29% национальных правительств сообщают, что у них отсутствуют законы и программы по предотвращению насилия против женщин. Для того чтобы усилия по снижению полового насилия были успешными, они должны поменять социальные нормы, в силу которых насилие считается

## Подход к ВИЧ, основанный на соблюдении прав человека

При применении подхода к ВИЧ на основе прав человека вопросы, которые зачастую считаются дискретными, признаются по праву принадлежащими всем индивидуумам. Такой подход также обязывает и уполномочивает правительства, систему ООН, доноров и частный сектор оказывать помощь в реализации прав, необходимых для противодействия ВИЧ. Стандарты и принципы прав человека при этом находятся в центре всех программных процессов в связи с ВИЧ, а люди получают возможность знать свои права и требовать их осуществления. Такой подход помогает участникам решать вопросы дисбаланса сил, существующие в семьях в быту, в сообществах и на национальном уровне. В частности, подход к ВИЧ, основанный на соблюдении прав человека, обеспечивает следующее:

- внимание уязвимым и маргинализированным группам в эпидемии ВИЧ (например, женщинам, молодежи, людям, живущим с ВИЧ, сиротам, мужчинам, практикующим секс с мужчинами, потребителям наркотиков, работникам секс-бизнеса, мобильным группам населения, представителям этнических групп и коренного населения, беженцам);
- равенство и недискриминацию в расходах на программы и практические мероприятия в связи с ВИЧ;
- осуществление программ по расширению прав людей, уязвимых к ВИЧ или живущих с ВИЧ, включая программы по реформе законодательства, оказанию юридической помощи, по просвещению на тему прав человека, социальной мобилизации, коммуникации, направленной на изменение общественного мнения, и оказание поддержки гражданскому обществу;
- осуществление программ, разработанных с целью достижения стандартов прав человека, актуальных для противодействия ВИЧ (например, направленных на защиту от сексуального насилия, обеспечение полового равенства, просвещение, информирование, охрану здоровья, трудоустройство, обеспечение доступа к плодам научного прогресса);
- информированное, активное, свободное и значимое участие людей, затронутых ВИЧ, в разработке, реализации, мониторинге и оценке программ в связи с ВИЧ;
- механизмы подотчетности для правительств, межправительственных организаций, доноров и частного сектора.<sup>14</sup>

Источник: Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2008, глава 3: Устранение социальных причин риска заражения и уязвимости к ВИЧ.<sup>14</sup>

естественным и приемлемым. Программы по изменению норм должны поддерживаться правовыми реформами, повышением потенциала правоохранительных органов в наказании виновных, а также деятельностью по изменению отношений и условий, способствующих половому насилию.<sup>14</sup>

- *Стратегии повышения доходов.* Во многих регионах половое неравенство приводит к экономической зависимости женщин от мужчин, что в свою очередь способствует повышению их уязвимости перед ВИЧ.<sup>14</sup> Там, где законы или традиции общества лишают женщин независимых источников дохода и позволяют мужьям оставлять своих жен, если те отказываются подчиняться,

у жен практически не остается возможности настаивать на воздержании или на использовании мужем презервативов. Согласно данным недавнего исследования в Ботсване и Свазиленде, женщины, не имеющие достаточно еды, на 70% реже осознают личный контроль в сексуальных отношениях, на 50% чаще вступают в сексуальные отношения с представителями других поколений, на 80% чаще имеют сексуальные отношения для спасения своей жизни и на 70% чаще практикуют незащищенный секс.<sup>23</sup>

- *Защита прав и поддержка.* Во всем мире существует множество организаций и сетей, чья деятельность направлена на достижение солидарности среди женщин, живущих с ВИЧ, и на совместную

пропаганду защиты прав для обращения внимания на непропорциональное влияние эпидемии на женщин и девочек. Национальные правительства и международные доноры должны стремиться к расширению программ по повышению потенциала женских организаций, которые занимаются пропагандой прав женщин и снижением уязвимости женщин.<sup>14</sup>

## Секс-работники

Точно подсчитать количество людей, продающих секс, невозможно, но по некоторым оценкам, число секс-работников в мире может достигать десятков миллионов человек, а количество их клиентов исчисляется сотнями миллионов. В то время как секс-работники могут быть любого возраста, большинство из них люди молодые; подавляющее большинство – женщины; клиенты секс-работников (как мужчин, так и женщин) в большинстве своем мужчины. Секс-работники работают и в городах, и в сельской местности, и их можно встретить практически во всех регионах. Обычно они работают в местах, где имеется значительный разрыв в доходах, что, с одной стороны, создает спрос на сексуальные услуги, а с другой – предложение со стороны людей, достаточно бедных, чтобы предлагать подобные услуги.<sup>24</sup> Секс-работники могут быть самозанятыми, а могут работать на бордели, бары, ночные клубы или массажные салоны.<sup>24</sup> Количество детей, вовлеченных в проституцию, неизвестно. Хотя существуют страны, где секс-работа преследуется в уголовном порядке и где акт приобретения или продажи секса за деньги признается уголовно наказуемым деянием, важно иметь в виду, что все секс-работники имеют те же права человека, что и все остальные люди; в частности, право на образование, на информацию, на максимально достижимый уровень здоровья и на свободу от дискриминации и насилия, в том числе сексуального.<sup>25-26</sup>

**Секс-работа и употребление наркотиков.** Во многих частях земного шара секс-работой и инъекционным употреблением наркотиков существуют сложные взаимосвязи: потребители наркотиков прибегают к секс-работе в качестве источника средств для приобретения наркотиков, в то время как секс-работники обращаются к инъекционным наркотикам, чтобы облегчить моральную тяжесть своей работы.<sup>25</sup>

Секс-работники, инъекционно употребляющие наркотики, подвергаются еще большему риску, так как сочетание их работы и употребления наркотиков лишает их защиты закона и делает их подверженными эксплуатации и насилию, в том числе сексуальному. В странах, где имеются многочисленные группы потребителей инъекционных наркотиков, у секс-работников были обнаружены высокие показатели ВИЧ и заболеваний, передающихся половым путем. В Китае, Индонезии, Казахстане, Украине, Узбекистане и Вьетнаме значительное пересечение секс-работы с употреблением наркотиков связано с ростом эпидемии ВИЧ-инфекции.<sup>25</sup>

Обратившись к участникам консультативной встречи, д-р Стефани Стратди из Школы медицины Сан-Диего Калифорнийского университета отметила, что секс-работницы играют уникальную роль во многих эпидемиях ВИЧ и ЗППП, поскольку они получают, а затем передают ВИЧ другим клиентам и некоммерческим партнерам, выступая в роли «эпидемиологических мостов» от групп высокого риска к общему населению.<sup>27-28</sup> Множественная уязвимость, с которой сталкивается эта группа, включая бедность, наркозависимость, насилие, сексуальные домогательства, стигма и психические расстройства, непосредственно влияют на риск инфицирования ВИЧ. Зависимость от наркотиков может не позволить секс-работникам настаивать на использовании презерватива; при этом и инъекционное, и неинъекционное употребление наркотиков связано с рискованным в плане ВИЧ поведением. Исследование, проведенное среди южно-африканских секс-работниц, выявило точки соприкосновения насилия в отношении женщин, употребления наркотиков и риск инфицирования ВИЧ. По результатам исследования были рекомендованы целевые комплексные программы для этих женщин. Д-р Стратди упомянула исследования, в которых сообщается, что распространенность ВИЧ у секс-работниц, употребляющих наркотики инъекционно, варьировалась от 1,4% в Литве до 12,3% в Мексике, 35,4% в Нидерландах, 16,6-65,0% в России, и от 10,0% до 22,4% в США. В частности, для того, чтобы сохранять энергию или не спать, секс-работницы употребляют стимуляторы, такие как кокаин и метамфетамин. Анализ ситуации в 70 странах показывает, что количество ВИЧ-инфицированных секс-работниц лучше всего предсказывает

распространенность ВИЧ среди общего населения в стране. Учитывая, что глобальная индустрия секса переживает рост, а по оценкам ВОЗ менее 15% секс-работниц имеют адекватный доступ к профилактике ВИЧ, существует срочная потребность в определении программ, способных снизить заболеваемость ВИЧ у секс-работниц и их партнеров. Отсутствуют программы, которые направлены на снижение риска передачи ВИЧ половым путем в контексте употребления наркотиков.

**Секс-работники-мужчины.** В то время как секс-работники-мужчины и трансгендеры не столь многочисленны, как секс-работницы, они также продают секс, главным образом мужчинам.<sup>25</sup> В этой группе часто имеет место высокий уровень распространенности ВИЧ. В рамках недавнего исследования в Испании было установлено, что распространенность ВИЧ у секс-работников-мужчин, посетивших клиники, где проводится тестирование на ВИЧ, в 19 городах Испании составила 12%. Исследованием в Индонезии было выявлено, что распространенность ВИЧ у секс-работников-трансгендеров составляет 22%, а у секс-работников-мужчин – 3,6%. Приблизительно 60% секс-работников-трансгендеров и 65% секс-работников-мужчин сообщили, что они недавно имели незащищенный анальный секс со своими клиентами. Почти 55% секс-работников-мужчин сообщили о том, что в предыдущий год они имели секс с партнерами женского пола.

**Молодые и уязвимые.** Большинство женщин и мужчин начинают заниматься секс-работой в подростковом возрасте или в 20 с небольшим лет. По оценкам, 80% секс-работников в регионе Восточной Европы и Центральной Азии моложе 25 лет, а секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики могут быть даже моложе тех, кто не употребляет.<sup>25</sup> Многие секс-работники не имеют информации о ВИЧ и об услугах, которые могут помочь им защитить себя.

**Эффективные меры.** Согласно Отчету ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2006 г., существует значительная доказательная база, подтверждающая, что программы профилактики ВИЧ для секс-работников являются эффективными, и что секс-работники могут быть активными участниками профилактических программ. Принятая в Таиланде политика 100% использования презервативов была

успешно реализована в странах от Юго-восточной Азии до Карибского бассейна, а опыт организации секс-работников в Индии был использован в проектах для секс-работников по всему миру. Целью многих проектов было предоставление секс-работникам возможности альтернативных методов получения дохода.<sup>25</sup> Среди эффективных стратегий можно упомянуть следующие:

- Продвижение более безопасного сексуального поведения для секс-работников, их партнеров и клиентов (например, информирование о важности пользования презервативами и выработка навыков убеждения), а также продвижение солидарности секс-работников и местных организаций (в частности для того, чтобы клиенты не искали секс-работников, которые согласятся на секс без презерватива);
- Предоставление услуг по профилактике и лечению ЗППП, а также доступ к таким средствам, как мужские и женские презервативы и смазки;
- Обучение по принципу «равный-равному» и аутрич-работа, включая услуги здравоохранения, социальную и правовую помощь;
- Поддержка и уход для секс-работников, живущих с ВИЧ;
- Реформы политики и законодательства, наряду с усилиями по обеспечению того, что власти (полиция и работники органов здравоохранения) соблюдают и защищают права секс-работников.

Эти стратегии могут сопровождаться программами по профилактике начала секс-работы, помощи по ее прекращению, а также мерами по борьбе с торговлей людьми. Программы оказываются наиболее эффективными, когда в них активно вовлечены сами секс-работники - на всех стадиях, от разработки до оценки, и когда целью программы является снижение уязвимости путем изменения условий и контекста (например, решения экономических и половых проблем), связанных с секс-работой.

## Мужчины, практикующие секс с мужчинами

Термин «мужчины, практикующие секс с мужчинами» (МСМ) описывает социальное и поведенческое

явление, нежели определенную группу людей. Он включает не только людей, идентифицирующих себя с геями и бисексуалами, но и мужчин, которые имеют гомосексуальные половые отношения, но определяют себя гетеросексуалами, вообще никак себя не идентифицируют или являются трансгендерными мужчинами.<sup>25</sup> Мужчины, имеющие секс с мужчинами, есть во всех странах, хотя во многих случаях они невидимы. Согласно Отчету ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа в 2006 г., по текущим показателям в мире меньше чем 1 из 20 МСМ имеет доступ к необходимым услугам профилактики и ухода.<sup>25</sup> Этому способствует множество факторов, в том числе отрицание со стороны общества и сообществ, стигма и дискриминация и нарушения прав человека. Сложные половые проблемы, социальная и правовая маргинализация и отсутствие доступа к информации о ВИЧ/СПИДе – все это оказывает влияние на то, как многие из этих мужчин понимают свои риски, связанные с ВИЧ. Традиционные половые нормы мужественности и женственности также способствуют развитию гомофобии и связанным с ней стигмы и дискриминации в отношении мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных людей. Гомофобия была определена в качестве одного из ключевых барьеров, препятствующих эффективному реагированию на ВИЧ/СПИД и достижению всеобщего доступа к лечению.<sup>25</sup>

**Повышенное принятие рисков.** С самого начала эпидемии ВИЧ/СПИД в значительной степени ассоциировался с мужчинами, практикующими секс с мужчинами. В первых статьях, появившихся в 1981-1982 годах в «New England Journal of Medicine» и «Morbidity and Mortality Weekly Report», описывались случаи нетипичных оппортунистических инфекций у гомосексуальных мужчин. Распространение ВИЧ у многих групп МСМ снизилось в конце 1980-х и начале 1990-х годов, главным образом в результате ответа сообщества геев на повышенную заболеваемость и смертность. Однако, после появления ВААРТ (высокоактивной антиретровирусной терапии), заболеваемость ВИЧ у МСМ и МСМ, употребляющих инъекционные наркотики, вернулась к показателям 1985 года. Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом в США показали, что МСМ являются единственной группой риска, где происходит рост заболеваемости, а СПИД теперь является ведущей причиной смертности у МСМ.

Рост принятия сексуальных рисков у мужчин, практикующих секс с мужчинами, происходит во многих странах; в некоторых случаях такое поведение тесно связано с употреблением алкоголя или наркотиков. Так, в США в последние годы произошел резкий рост употребления стимулятора кристалльного метамfetаминa.<sup>25</sup> Согласно данным исследования, в Лос-Анджелесе у МСМ, употребляющих кристалльный метамfetамин, отмечается в три раза большая распространенность ВИЧ, чем у МСМ, которые этот наркотик не употребляют.<sup>40</sup> Заболеваемость ВИЧ повышается в 2-3 раза, если сравнивать МСМ, употребляющих амfetамин, и МСМ, не употребляющих наркотики.<sup>41</sup> Употребление метамfetаминa у МСМ, включая геев, бисексуалов, транссексуалов, сменивших мужской пол на женский, а также у МСМ, никак себя не идентифицирующих, широко распространено в США, Австралии и Западной Европе.<sup>25</sup>

ВИЧ-положительные мужчины, практикующие секс с мужчинами, опрошенные недавно в Лос-Анджелесе и Сиэтле в США, редко раскрывали свой ВИЧ-статус сексуальным партнерам, так как считали, что это «никого не касается», или потому, что отказывались верить в свой статус, имели низкую вирусную нагрузку либо опасались отказа.<sup>42</sup> Многие мужчины, практикующие секс с мужчинами, также имеют секс с женщинами, и поэтому обозначаются аббревиатурой МСМЖ. По результатам обширного исследования, проведенного в штате Андхра-Прадеш (Индия), оказалось, что 42% мужчин в выборке, имеющих секс с мужчинами, были женаты, 50% имели сексуальные отношения с женщиной за последние 3 месяца, а немногим менее половины не пользовались презервативом.<sup>43</sup> Исследование среди гомо- и бисексуальных мужчин в Таиланде показало, что постоянное использование презервативов при сексе с партнерами-мужчинами встречалось чаще у МСМЖ, чем у МСМ, и реже – при сексе с партнерами женщинами.<sup>44</sup> В США чернокожие МСМЖ участвуют в рискованном поведении, как с партнерами-мужчинами, так и с партнерами-женщинами, но те из них, кто знает о своем ВИЧ-положительном статусе, реже практикуют незащищенный секс со своими основными партнерами.<sup>45</sup>

**Распространение эпидемии.** В некоторых регионах мира имеется довольно скудные эпидемиологические

данные о распространении ВИЧ у МСМ. Отчасти это связано с тем, что многие из представителей этой группы женаты и рассматриваются как часть общего населения, а не в качестве особой группы.<sup>25</sup> Во многих частях мира мужчины, практикующие секс с мужчинами, не имеют какой-либо социальной идентификации (в отличие от тех, кто идентифицирует себя как гея); секс между мужчинами обычно не обсуждается и не признается, в том числе и самими МСМ.

Д-р Стратди отметила, что в последнее время все больше внимания уделяется развитию эпидемии ВИЧ у МСМ в регионе Африки к югу от Сахары. До 2007 года сообщалось, что распространенность мужского гомосексуального поведения в общем населении в Кении составляет 0,03-0,9%, 0,06-3,6% в Южной Африке и 2,3% в Танзании.<sup>46</sup> Распространенность ВИЧ у МСМ в Африке колеблется от 7,8% в Судане до 34,3% в Кейп-Тауне.<sup>46</sup> Заболеваемость ВИЧ составляла 20,4 на 100 человеко-лет у МСМ в Момбасе (Кения); большинство из них занималось секс-работой.<sup>46</sup>

**Эффективные меры.** Широкий спектр стратегий, нацеленных на снижение рискованного поведения и уязвимости к ВИЧ МСМ, доказал свою эффективность в различных условиях. Среди них:

- Общее и целевое продвижение качественных презервативов и смазок на водной основе, а также обеспечение их постоянной доступности;
- Кампании и тренинги по более безопасному сексу, с особым упором на снижение количества партнеров, повышение использования презервативов и на альтернативы проникающему сексу;
- Образование по принципу «равный-равному» для мужчин, практикующих секс с мужчинами, наряду с аутрич-работой волонтеров и профессиональных социальных и медицинских работников;
- Образование и аутрич-работа для партнеров-женщин мужчин, практикующих секс с мужчинами;
- Программы для отдельных групп, таких как полиция, военные, заключенные и секс-работники-мужчины.

В дополнение к этим профилактическим мерам, следует продвигать ряд мероприятий для

должностных лиц систем здравоохранения и правительств.<sup>25</sup> Важно поддерживать организации геев, позволяя им заниматься продвижением программ по профилактике и уходу в связи с ВИЧ. Необходимо формировать партнерские сети, объединяющие эпидемиологов, социологов, политиков, специалистов по правам человека, юристов, врачей, журналистов, организованные группы мужчин, практикующих секс с мужчинами, и других организаций гражданского общества. Следует пересмотреть законы, предусматривающие уголовную ответственность за гомосексуальный секс наедине между лицами, достигшими брачного возраста, и ввести анти-дискриминационные или защищающие законы для сокращения нарушений прав человека на основании сексуальной ориентации.

Рекомендации по правам человека, группам риска и уязвимым группам, предложенные в ходе работы в дискуссионных группах, представлены в Приложении А. Рекомендации по группам риска включают вопросы прав человека, осуществления профилактики ВИЧ, оптимизации моделей профилактики ВИЧ, и АРТ как профилактики ВИЧ.

## Заключение

На консультативной встрече д-р Стратди отметила, что из-за значительных пересечений по группам риска программы в сфере ВИЧ/СПИДа должны выйти за рамки подходов, нацеленных на работу с только одной группой. Стигма, социальные и экономические барьеры и другие социальные процессы лежат в основе рисков для этих групп, представляя собой общие движущие силы множественных, взаимосвязанных эпидемий (т.н. «синдемий»). Необходимо лучше понимать и измерять микро- и макро-факторы, влияющие на эти риски. В то время как существует потребность в программах в сфере ВИЧ/СПИДа, привязанных к определенным подгруппам, профилактические программы, нацеленные на движущие силы синдемий, могут оказывать существенное влияние на множественные связанные эпидемии и могут быть особенно целесообразными в странах с низким и средним уровнем дохода. В программных подходах следует рассматривать возможность сочетания поведенческих, медицинских и структурных мер (таких как устранение барьеров или законов,

препятствующих доступу к профилактике и уходу в связи с ВИЧ).

Опыт борьбы с эпидемией ВИЧ неоднократно показывал, что эффективное реагирование возможно только при поддержке людей и групп посредством реализации их прав человека на образование, самовыражение, частную жизнь, здоровье, половое равенство и на защиту от дискриминации и насилия. Но изменение вредных социальных норм с целью снижения уязвимости перед ВИЧ и искоренения стигмы и дискриминации требует энергичного руководства со стороны целого ряда организаций, участвующих в ответе на эпидемию. Вопросы, которые часто считаются личными или «закрытыми», должны открыто обсуждаться, а законы, политики и программные приоритеты, возможно, требуют пересмотра.<sup>14</sup> В частности, ключевые группы риска – особенно мужчины, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, заключенные и потребители инъекционных наркотиков – должны играть более значимую роль в коллективных процессах принятия решений, планирования и постоянного мониторинга прогресса в движении ко всеобщему гуманному обращению.<sup>14</sup>

## Ссылки

- <sup>1</sup> Office of U.N. Commissioner for Human Rights. <http://www2.ohchr.org/english/law/Office>
- <sup>2</sup> Cohen, J. & Wolfe, D. Harm reduction and human rights: Finding common cause. *AIDS* 22 (Suppl 2), S93–94, 2008.
- <sup>3</sup> Elliott, R., Csete, J., Wood, E., & Kerr, T. Harm reduction, HIV/AIDS, and the human rights challenge to global drug control policy. *Health and Human Rights* 8, 104–138, 2005.
- <sup>4</sup> International Harm Reduction Association and Human Rights Watch. *Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy*. London/New York: International Harm Reduction Association and Human Rights Watch, 2008.
- <sup>5</sup> Csete, J. & Cohen, J. (eds.). *Lethal Violations: Human Rights Abuses Faced by Injection Drug Users in the Era of HIV/AIDS*, 105–138. New York: International Debate Education Association, 2004.
- <sup>6</sup> Wolfe, D. & Malinowska Sempruch, K. (eds.). *Seeing Double: Mapping Contradictions in HIV Prevention and Illicit Drug Policy Worldwide*, 330–361. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- <sup>7</sup> Altice, F.L., Mostashari, F., & Friedland, G.H. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 28, 47–58, 2001.
- <sup>8</sup> Newman, C. Establishing and maintaining a therapeutic alliance with substance abuse patients: A cognitive therapy approach. In *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1994.
- <sup>9</sup> Alston, P. & Robinson, M. *Human Rights and Development: Towards Mutual Reinforcement*. New York University Center for Human Rights, 2005.
- <sup>10</sup> Neier, A. *Social and Economic Rights: A Critique*. In *The Human Rights Brief*. Washington, D.C., 2006.
- <sup>11</sup> Stemple, L. Health and human rights in today's fight against HIV/AIDS. *AIDS* 22 (Suppl 2), S113–121, 2008.
- <sup>12</sup> Gruskin, S. & Ferguson, L. Using indicators to determine the contribution of human rights to public health efforts. *Bulletin of the World Health Organization* 87, 714–719, 2009.
- <sup>13</sup> Open Society Institute, 2004. [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/publications/hrnprison\\_20041022](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/hrnprison_20041022)
- <sup>14</sup> 2008 Report on The Global Aids Epidemic: Addressing Societal Causes of HIV Risk and Vulnerability. 2008. [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)
- <sup>15</sup> International Center for Research on Women. HIV/AIDS Stigma: Finding Solutions to Strengthen HIV/AIDS Programs. [http://www.icrw.org/docs/2006\\_stigmasyntesis.pdf](http://www.icrw.org/docs/2006_stigmasyntesis.pdf)
- <sup>16</sup> The Global Database on HIV-Related Travel Restrictions. <http://www.hivrestrictions.org/>
- <sup>17</sup> Mahajan, A.P., Sayles, J.N., Patel, V.A., Remien, R.H., Sawires, S.R., Ortiz, D.J., Szekeres, G. & Coates, T.J. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS* 22 (Suppl 2), S67–79, 2008.
- <sup>18</sup> Gable, L., Gostin, L., & Hodge, J.G., Jr. A global assessment of the role of law in the HIV/AIDS pandemic. *Public Health* 123, 260–264, 2009.
- <sup>19</sup> Merson, M.H., O'Malley, J., Serwadda, D., & Apisuk, C. The history and challenge of HIV prevention. *Lancet* 372, 475–488, 2008.
- <sup>20</sup> The Global Coalition on Women and AIDS. <http://womenandaids.net/Resource-Centre/Publications.aspx?page=11>, LACWHC Gender, Power & HIV Prevention, 2007.
- <sup>21</sup> Greig, A., Peacock, D., Jewkes, R., & Msimang, S. Gender and AIDS: Time to act. *AIDS* 22 (Suppl 2), S35–43, 2008.
- <sup>22</sup> Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C.H. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 368, 1260–1269, 2006.
- <sup>23</sup> Weiser, S.D., et al. Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine* 4, 1589–1597, 2007; discussion 1598.
- <sup>24</sup> UNAIDS. Sex Work and HIV/AIDS: UNAIDS Technical Update. Best Practice Collection, 2002. jc705-sexwork-tu\_en\_small.png
- <sup>25</sup> UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic, 2006. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006/default.asp>
- <sup>26</sup> UNAIDS. Guidance Note on HIV and Sex Work. jc1696\_guidance\_note\_hiv\_and\_sexwork\_en\_small.png, 2009.
- <sup>27</sup> Barrington, C., Latkin, C., Sweat, M.D., Moreno, L., Ellen, J., & Kerrigan, D. Talking the talk, walking the walk: Social network norms, communication patterns, and condom use among the male partners of female sex workers in La Romana, Dominican Republic. *Social Science Medicine* 68, 2037–2044, 2009.
- <sup>28</sup> Lowndes, C.M., Alary, M., Gnintoungbe, C.A., Bedard, E., Mukenge, L., Geraldo, N., Jossou, P., Lafia, E., Bernier, F., Baganzi, E., Joly, J., Frost, E., & Anangonou, S. Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk: Targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *AIDS* 14, 2523–2534, 2009.
- <sup>29</sup> Wechsberg, W.M., Luseno, W.K., & Lam, W.K. Violence against substance-abusing South African sex workers: Intersection with culture and HIV risk. *AIDS Care* 17 (Suppl 1), S55–64, 2005.
- <sup>30</sup> Strathdee, S.A. & Stockman, J.K. The Epidemiology of HIV among “Most at Risk” Drug Using Populations: A Global Perspective. submitted.
- <sup>31</sup> Strathdee, S.A., Philbin, M.M., Semple, S.J., Pu, M., Orozovich, P., Martinez, G., Lozada, R., Fraga, M., de al Torre, A., Staines, H., Magis-Rodriguez, C., & Patterson, T.L. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug and Alcohol Dependence* 92, 132–140, 2008.
- <sup>32</sup> Talbott, J.R. Size matters: The number of prostitutes and the global HIV/AIDS pandemic. *PLoS One* 2, e543, 2007.

- <sup>33</sup> Ward, H. & Aral, S.O. Globalisation, the sex industry, and health. *Sexually Transmitted Infections* 82, 345–347, 2006.
- <sup>34</sup> World Health Organization. Toolkit for Targeted HIV Prevention and Care in Sex Work Settings. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of HIV/AIDS, 2005. [http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw\\_toolkit/en/](http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/en/)
- <sup>35</sup> Belza, M.J. Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sexually Transmitted Infections* 81, 85–88, 2005.
- <sup>36</sup> Pisani, E., Girault, P., Gultom, M., Sukartini, N., Kumalawati, J., Jazan, S. & Donegan, E. HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections* 80, 536–540, 2004.
- <sup>37</sup> Persistent, generalized lymphadenopathy among homosexual males. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 31(19), 249–251, 1982.
- <sup>38</sup> Shoptaw, S. & Reback, C.J. Methamphetamine use and infectious disease-related behaviors in men who have sex with men: Implications for interventions. *Addiction* 102 (Suppl 1), 130–135, 2007.
- <sup>39</sup> Chin, J. *The AIDS Pandemic: The Collision of Epidemiology With Political Correctness*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2007.
- <sup>40</sup> Peck, J.A., Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Reback, C.J., & Bierman, B. HIV-associated medical, behavioral, and psychiatric characteristics of treatment-seeking, methamphetamine-dependent men who have sex with men. *Journal of Addictive Diseases* 24, 115–132, 2005.
- <sup>41</sup> Shoptaw, S. & Reback, C.J. Associations between methamphetamine use and HIV among men who have sex with men: A model for guiding public policy. *Journal of Urban Health* 83, 1151–1157, 2006.
- <sup>42</sup> Gorbach, P.M., Galea, J.T., Amani, B., Shin, A., Celum, C., Kerndt, P., Golden, M.R. Don't ask, don't tell: Patterns of HIV disclosure among HIV positive men who have sex with men with recent STI practising high risk behaviour in Los Angeles and Seattle. *Sexually Transmitted Infections* 80, 512–517, 2004.
- <sup>43</sup> Dandona, L., Dandona, R., Gutierrez, J.P., Kumar, G.A., McPherson, S., Bertozzi, S.M., & ASCI FPP Study Team. Sex behaviour of men who have sex with men and risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *AIDS* 19, 611–619, 2005.
- <sup>44</sup> Li, A., Varangrat, A., Wimonasate, W., Chemnasiri, T., Sinthuwattanawibool, C., Phanuphak, P., Jommaroeng, R., Vermund, S., & van Griensven, R. Sexual behavior and risk factors for HIV infection among homosexual and bisexual men in Thailand. *AIDS and Behavior* 13, 318–327, 2009.
- <sup>45</sup> Lauby, J.L., Millett, G.A., LaPollo, A.B., Bond, L., Murrill, C.S., & Marks, G. Sexual risk behaviors of HIV-positive, HIV-negative, and serostatus-unknown Black men who have sex with men and women. *Archives of Sexual Behavior* 37, 708–719, 2008.
- <sup>46</sup> Smith, A.D., Tapsoba, P., Peshu, N., Sanders, E.J., & Jaffe, H.W. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet* 374, 416–422, 2009.

# Приложение А: Рекомендации дискуссионных групп

---

## Дискуссионная группа №1: Оптимизация моделей профилактики ВИЧ

**Фасилитаторы:** д-р Венди Вексберг, д-р Дон Де Жарле

### **Рекомендации**

- Меры по расширению деятельности в регионах/странах с высоким или растущим уровнем распространения/заболеваемости.
- Учет культурных особенностей населения/групп, употребляющих наркотики.

### **Приоритетные направления исследований**

- Механизмы естественного восстановления
- Структурные меры, что работает, и что не работает
  - Меры на местах
  - Роль повсеместности, употребления и зависимости от алкоголя как фактор рискованного сексуального поведения
- Торговля наркотиками (например, повысившаяся доступность героина, более низкие цены, более высокая степень чистоты)
- Секс-работники
- ВИЧ и коморбидности (например, злоупотребление психоактивными веществами и другие психические расстройства; ЗППП кроме ВИЧ/СПИДа)
- Травмы
- Использование общих учреждений здравоохранения как точки входа для тестирования на ВИЧ/СПИД и лечения и профилактики злоупотребления психоактивными веществами
- Целевые меры для групп высокого риска: какие группы находятся в зоне наибольшего риска, как выходить на них?
- Группы, подверженные повышенному риску передозировки (например, выпущенные из-под стражи, прошедшие детоксикацию)
- Мобильность/наличие научно-обоснованных программ для использования сообществами, поставщиками услуг здравоохранения
  - Использование технологий, особенно мобильных, для расширения доступа к научно-обоснованным программам
- Интегрированные модели по уходу
  - Использование технологий для обеспечения множественных эффектов мер



- Рост употребления/злоупотребления стимуляторами, включая инъекционное употребление
- Режимы потребления наркотиков и рискованного поведения (например, секс-услуги в обмен на наркотики, динамика поведения, связанного с наркотиками и их приобретением, характер изменений в поиске наркотиков и предпочитаемые наркотики в определенных группах)
- Различия в рискованном поведении и моделях наблюдения, профилактики и лечения в разных странах/культурах
- Исследования в целях максимизации положительного эффекта от результатов предыдущих исследований; поиск механизмов действия
- Как нужно воздействовать на рискованное поведение, чтобы остановить передачу инфекции? Какого характера снижение рискованного поведения имеет наибольшее значение?
- Потребители неинъекционных наркотиков и передача половым путем: какие есть реально действующие модели вмешательств?
  - Как поддерживать/стимулировать изменение поведения в течение длительного времени?
- Экологические/культурные/социально-экономические факторы рискованного поведения (например, секс-работники в различных культурах)

### ***Другие вопросы***

- Преемственность: Как будет сформировано новое поколение исследователей/исполнителей? Как стимулировать/обучать новое поколение?
- Стоимостная оценка и экономическая эффективность мер как основа политических рекомендаций для правительств и других доноров/партнеров
- Высокие требования к ресурсам для реализации в разнообразных культурах
- Устойчивость меры после окончания пилотирования или первоначальной реализации

## **Дискуссионная группа №2: Лечение наркотической зависимости как профилактика ВИЧ**

**Фасилитаторы:** д-р Дэвид Мецгер, д-р Джефри Самет

### ***Общие направления***

- Расширение услуг здравоохранения / исследований
- Эффективные компоненты лечения зависимости от психоактивных веществ
- Интеграция услуг по лечению зависимости от психоактивных веществ
- Медицинская интеграция
- Группы с затрудненным доступом к услугам

### ***Основное направление***

- Необходимо четко осознавать перспективы решения этих вопросов на международном и национальном уровнях.

### **Рекомендации: расширение услуг здравоохранения**

- Соответствие стратегий расширения эпидемиологическим нуждам.
- Оценка результативности осуществляемых мер.

### **Рекомендации: эффективное лечение**

- Разработка системы подотчетности для обеспечения качества услуг.
- Продвижение эффективного лечения, включающего в себя консультирование, фармакотерапию и централизованные услуги (включая обеспечение мобильных пунктов).
- Интеграция мер по профилактике ВИЧ во все программы по лечению злоупотребления психоактивными веществами, включая информацию о доступе к презервативам, обмену игл и пр.
- Лечение сопутствующих инфекций и состояний.

### **Рекомендации: интеграция услуг**

- Доступ к услугам первой помощи для каждого пациента, лечащегося от злоупотребления психоактивными веществами.
- Обучение провайдеров медицинских услуг определению признаков злоупотреблений и модели «скрининг, краткая интервенция и направление на лечение».

### **Рекомендации: группы с затрудненным доступом к услугам**

- Продолжение МПЛ для всех заключенных в течение периода отбывания срока.

### **Приоритетные направления исследований: расширение услуг здравоохранения**

- Апробация моделей расширения.
- Анализ экономической эффективности расширения в различных местностях.
- Барьеры и стимулы эффективного утверждения и реализации мер.

### **Приоритетные направления исследований: эффективное лечение**

- Продолжение поиска фармакотерапии, вакцин и пр., кроме опиатов.
- Адаптация лечения с учетом характеристик пациента.
- Что нужно для максимизации результативности?

### **Приоритетные направления исследований: группы с затрудненным доступом к услугам**

- Изучение и оптимизация мер по лечению, специально разработанных для женщин, культурных и этнических меньшинств, сексуальных меньшинств, заключенных и других людей с затрудненным доступом к услугам.



## Дискуссионная группа №3: Осуществление профилактики ВИЧ: интеграция и развертывание

**Фасилитаторы:** д-р Джудит Ауэрбах, д-р Ричард Волицки

### **Рекомендации**

- Реализация и оптимизация восьми элементов ВОЗ комплексной профилактики, лечения и ухода за потребителями наркотиков, следование руководящим принципам передовой практики, а также интеграция множественных мер:
  1. Расширение доступа к шприцам
    - ПОШ
    - Доступ к аптекам
    - Упразднение жестких ограничений, таких как хранение инструментария и рецепты на шприцы
  2. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)
  3. Тестирование на ВИЧ
  4. Антиретровирусная терапия (АРТ) – снижение барьеров, препятствующих лечению потребителей наркотиков требуемыми препаратами
  5. Целевое информирование, консультирование и образование
  6. Оппортунистические инфекции – диагностика и лечение
  7. ЗППП, туберкулез и вирусные гепатиты
  8. Презервативы – мужские и женские
- Обеспечение доступа и охвата через различные модели распространения; ускоренное расширение программ; устранение политических и практических ограничений.
- Реформирование в области политики, препятствующей доступу и охвату профилактических программ, например, законы о хранении наркотиков и инструментария.
- Альтернатива содержанию под арестом / тюремному заключению в форме лечения от наркотической зависимости.
- Постоянный доступ к лечению ВИЧ как в колониях/тюрьмах, так и за их пределами.
- Источники финансирования, обязательное финансирование программ.
- Бесплатный доступ к мужским и женским презервативам и шприцам в различных условиях.
- Выявление потребителей наркотиков среди людей с ВИЧ, получающих услуги по уходу, и предоставление необходимых услуг/лечения.

### **Приоритетные направления исследований**

- Оценка эффективности декриминализации личного хранения и использования запрещенных в настоящее время наркотиков.

- Оценка эффективности комплексных программ (например, пунктов контролируемого инъекционного введения наркотиков) для обеспечения (а) доступа к услугам, (b) применения АРТ, (с) профилактики ВИЧ, и (d) результатов в области охраны здоровья.
- Оценка влияния политики по контролю над наркотиками на здоровье и благополучие потребителей наркотиков.
- Разработка улучшенных методов лечения зависимости от кокаина и стимуляторов, как поведенческих, так и фармакологических.
- Разработка улучшенных схем в плане взаимодействия между лечением от зависимостей, АРТ, лечением от туберкулеза, контрацепцией и т.д.
- Механизмы подхода к социальным и политическим изменениям в целях улучшения здоровья и благополучия потребителей наркотиков.
- Реализация новых методов профилактики (например, применение пред-контактной профилактики (PrEP) – среди потребителей наркотиков).
- Разработка и реализация комбинированных стратегий профилактики (механизмы реализации).
- Максимизация включения потребителей наркотиков и других групп, наиболее уязвимых перед парентеральным воздействием, в расширенную повестку дня исследований по ВИЧ (т.е. передача, патогенез и т.д.).
- Больше внимание роли комбинации употребления наркотиков и рискованного сексуального поведения в передаче/приобретении ВИЧ.
- Оценка осуществления первичной профилактики среди молодых людей, у которых наблюдается снижение употребления психоактивных веществ и рискованного сексуального поведения.
- Разработка и реализация мер для людей, прошедших через травмы, насилие, жестокое обращение и предрассудки, включая живущих в переходных обществах, с целью снижения риска ВИЧ, рискованного поведения и употребления наркотиков, и улучшения их здоровья.
- Прикладные исследования по всем вышеперечисленным направлениям.

## Дискуссионная группа №4: АРТ как профилактика ВИЧ: искать, тестировать и лечить

**Фасилитаторы:** д-р Дэвид Воль, д-р Курт Бэкуит

### **Факты, говорящие в пользу АРТ как профилактики**

- АРТ эффективно помогает снизить концентрацию вируса у людей с ВИЧ.
- Вирусная нагрузка и риск передачи находятся в обратной зависимости; это включает передачу от матери ребенку, через гетеросексуальные контакты и т.д. (Хотя передача может произойти и во время лечения.)
- Больше всего данных имеется по гетеросексуальной передаче вируса; по МСМ и ПИН информации меньше. Потребителей психоактивных веществ часто тестируют, диагностируют и лечат на более поздней стадии ВИЧ.
- У лечения потребителей психоактивных веществ от ВИЧ такие же шансы на успех, как и при лечении других людей.



- Существует связь между активным употреблением психоактивных веществ и субоптимальной приверженностью лечению.
- Лечение/управление злоупотреблением психоактивными веществами приводит к улучшенным результатам применения АРТ.
- Стигма и дискриминация ЛЖВ и потребителей наркотиков являются барьерами для реализации модели «искать и лечить».
- Решение проблем конкурирующих потребностей и коморбидностей ведет к улучшению результатов.

### **Рекомендации**

- Необходимо критически оценить структурные составляющие, вызывающие эпидемии ВИЧ среди потребителей наркотиков, а также определить возможности ограничения их последствий.
- Необходимо повысить результативность в следующих областях:
  - Выявление людей, подверженных риску ВИЧ;
  - Тестирование для людей с более ограниченным доступом к услугам по тестированию;
  - Лечение для тех, кому это необходимо;
  - Удержание.
- Важно вести мониторинг усилий в области тестирования и лечения на предмет результативности, безопасности и относительной экономической эффективности.
- Необходимы оптимизированные национальные программы для мониторинга заболеваемости и распространенности ВИЧ, и результатов среди людей с ВИЧ, употребляющих психоактивные вещества.
- Вышеуказанные меры должны быть реализованы в рамках комплексной рамочной профилактической программы с полным соблюдением прав человека.

### **Приоритетные направления исследований**

- Исследования для улучшения организации, осуществления и репликации модели «искать, тестировать и лечить».
- Оценка различных стратегий для эффективного выявления потребителей психоактивных веществ, которые не проходили тестирование на ВИЧ.
- Необходимы новые стратегии для подходов к тестированию потребителей психоактивных веществ.
- Выявление острых форм ВИЧ среди потребителей психоактивных веществ.
- Новые стратегии выхода потребителей психоактивных веществ на услуги по лечению, а также их удержания.
- Необходим мониторинг заболеваемости ВИЧ (например, мониторинг вторичных эффектов).
- Мониторинг вторичных эффектов.

## Дискуссионная группа №5: Права человека и уязвимые группы

### **Фасилитаторы: д-р Селия Фишер; д-р Скотт Бюррис**

Право на доступ к научно-обоснованным профилактике и лечению является фундаментальным правом. Люди находятся в физической, социальной, экономической и политической среде, которая определяет риск употребления наркотиков, доступ к тестированию и к программам лечения наркомании и ВИЧ.

NIDA может повлиять на ситуацию, поддерживая системно-модельные исследования, которые выдвигают связи между ВИЧ и правами человека на первое место, что дополняет и укрепляет клинические модели. Присутствие или отсутствие прав человека является социальным фактором, предопределяющим уязвимость перед ВИЧ и противодействие эпидемии.

Для целей исследований в области наркомании и ВИЧ/СПИДа, права человека или их отсутствие определяется рядом факторов, включая законы и правоприменение; социальное исключение, дискриминацию в вопросах жилья, трудоустройства и здравоохранения; свободу от насилия; половое неравенство и т.д.

### **Приоритетные направления исследований**

- Исследования негативных воздействий законов, политик и практик, препятствующих эффективному доступу к услугам в области ВИЧ/СПИДа и наркомании:
  - Исследования полицейских, правовых и здравоохранительных практик, которые оказывают влияние на пользование услугами здравоохранения потребителями наркотиков;
  - Исследования в отношении практик в отношении жилья, социальной помощи, образования, трудоустройства и т.д., влияющих на пользование услугами здравоохранения потребителями наркотиков;
  - Перевод фокуса на индивидуальный риск, приверженность и пр., для измерения системной дискриминации;
  - Исследование социальных факторов и процессов, в результате которых появляются и поддерживаются политики, способствующие нарушениям прав человека.
- Исследование социальных и структурных политик и программ, продвигающих права человека, которые оказывают положительное и отрицательное влияние на результаты мер в сфере злоупотребления наркотиками и ВИЧ:
  - Исследование средств мобилизации потенциала и поддержки личной и коллективной эффективности в маргинализированных группах населения, нуждающихся в защите их прав человека;
  - Усиление исследований в отношении воздействия на здравоохранение в результате защиты прав человека, обеспечения правовой помощи, обучения и реформирования полиции, сексуальной виктимизации;
  - Исследование механизмов ответственности в системах и службах;
  - Оценка положительных эффектов от декриминализации и других реформ в сфере уголовного правосудия.
- Устранение институциональных и дисциплинарных барьеров, препятствующих использованию исследований и источников данных по вопросам здоровья в уголовном правосудии, законах и политиках.
- Исследование рисков и средств восстановления потенциальных нарушений прав человека в связи с внедрением модели «искать, тестировать и лечить» и модели «скрининг, краткая интервенция и направление на лечение».
- Планы исследований должны включать гарантии прав человека в вопросах скрининга, тестирования на ВИЧ, профилактики и лечения за пределами учреждений здравоохранения.
- NIDA следует поддерживать исследования, нацеленные на изучение данных по злоупотреблению наркотиками и научно-обоснованные профилактику, тестирование и другие меры в связи с ВИЧ.

- Исследования следует проводить в соответствии с этическими стандартами и стандартами прав человека и учитывать долгосрочные потребности участников.

## **Дискуссионная группа №6: Лечение ВИЧ/СПИДа**

**Фасилитаторы:** д-р Грегори Лукас, д-р Адиба Камарулзаман

### **Ключевые вопросы**

- Профилактика среди людей, живущих с ВИЧ
- Лечение злоупотребления психоактивными веществами
  - Координация/интеграция лечения злоупотребления психоактивными веществами и ВИЧ
  - Фармакотерапия и поведенческое лечение
- Когда начинать АРТ
- Какую схему выбрать
- Взаимодействия препаратов между собой и с употребляемыми наркотиками
- Привлечение к лечению и удержание
- Доступ к АРТ и структурные барьеры

### **Рекомендации**

- Разместить информацию о взаимодействии препаратов в рамках отдельных разделов на веб-сайтах NIDA и IAS.
- Обучить специалистов применению модели «скрининг, краткая интервенция и направление на лечение» среди пациентов, получающих АРТ.

### **Приоритетные направления исследований**

- Изучение взаимодействия препаратов между собой и с употребляемыми наркотиками.
  - Сосредоточить внимание на взаимодействии нелегальных наркотиков с препаратами для лечения ВИЧ, и препаратов для лечения зависимостей с препаратами для лечения ВИЧ (примеры: бупренорфин, метадон, налтрексон, акампросат, алкоголь, никотин).
- Насколько использование услуг по уходу, связанному с ВИЧ, подходит для начала лечения от злоупотребления психоактивными веществами?
- И наоборот, насколько лечение от злоупотребления психоактивными веществами подходит для начала предоставления услуг по уходу, связанному с ВИЧ?
- Какие инструменты должны использоваться для скрининга пациентов на предмет употребления, злоупотребления и степени злоупотребления психоактивными веществами?
- Определить «за» и «против» медицинской марихуаны в качестве дополнения к АРТ.
- Изучить приоритетность лечения ЛЖВ, злоупотребляющих психоактивными веществами (сопутствующие инфекции, медицинские коморбидности, психиатрические коморбидности).
- Изучить процесс принятия решений провайдеров медицинских услуг и его влияние на результативность и качество услуг по уходу.

- Изучить индивидуальные, социальные и структурные факторы, мешающие пациентам, злоупотребляющим психоактивными веществами, начать АРТ.
- Изучить активное употребление наркотиков в качестве барьера, препятствующего лечению ВИЧ-положительных потребителей психоактивных веществ.
- Изучить связь, если таковая существует, между характером употребления наркотиков и результатами АРТ.
- Сравнить методы лечения препаратами первого ряда (например, ИП против ННИОТ) среди людей, злоупотребляющих психоактивными веществами.
- Изучить меры, позволяющие удержать людей, злоупотребляющих психоактивными веществами: начать лечение, продолжить лечение и добиться успеха в лечении.

## Дискуссионная группа №7: Сопутствующие заболевания и приверженность

**Фасилитаторы:** д-р Джеймс Соренсен; д-р Дэвид Томас

### **Приоритетные направления исследований**

- NIDA следует призвать FDA и другие ведомства исследовать эффективность и безопасность лечения ВИЧ, ВГС, ТБ и ЗППП среди ПИН, и изучать взаимодействия препаратов при разработке лекарственных средств.
- Оценка относительных выгод/барьеров мультидисциплинарных подходов для достижения системных результатов в отношении ВИЧ и злоупотребления психоактивными веществами.
- Испытание оценка эффективности (в том числе экономической) различных моделей ухода на основе передачи полномочий менее специализированным медицинским работникам в условиях ограниченных ресурсов.
- Разработка мер по повышению приверженности при сопутствующих состояниях, учитывая, что не все сопутствующие состояния имеют одинаковые корни (психические расстройства и гепатит).
- Понимание распространения ВГС среди МСМ посредством инъекционного употребления наркотиков и иными способами.
- Исследование сравнительной эффективности моделей лечения ВГС среди ПИН в метадоновых клиниках, тюрьмах и прочих специализированных учреждениях.
- Масштаб исследований, соответствующий результатам и воздействиям (например, высокая заболеваемость и смертность, и возможность воздействия должны быть наиболее приоритетными условиями).
- Потребители наркотиков и лица с сочетанными состояниями должны участвовать в клинических испытаниях.
- Объяснение явления сочетанных состояний и происхождения синдемей.
- Разработка стратегий по объяснению побочных эффектов при лечении, каким образом дополнительное лечение влияет на пациентов и анализ направления на каждый вид лечения.
- Изучение макроскопических элементов лечения сопутствующих состояний, включая финансирование, кадровое обеспечение и их влияние на лечение.
- Изучение других структурных вопросов, таких как страхование, кросс-обучение персонала и лицензирование.



- Анализ уровней компетентности для обеспечения безопасности пациентов и влияния на лечение.
- Включение потребителей наркотиков в исследования сочетанных состояний, таких как ВИЧ и ТБ: необходимо принимать во внимание лечение, особенно на 3 и 4 фазах испытаний.
- Перевод некоторых требований касательно групп населения при разработке препаратов в 4 фазу для недопущения задержек в одобрении препарата.
- Изучение непреднамеренных последствий задержек в одобрении: качество жизни лиц, сообщаемые пациентами результаты.
- Изучение взаимодействий и побочных эффектов новых препаратов и имеющихся в обороте наркотических веществ.
- Скрининг и оценка сочетанных состояний: есть необходимость обобщения всех состояний.
- Разработка командных подходов.
- Разработка моделей сотрудничества.
- Необходимость ФК данных по лицам с сочетанными состояниями (например, высоким уровнем депрессии).
- Как преодолеть барьеры, препятствующие расширению скрининга для профилактики?
- Изучение профилактики/мер на базе сообществ, в которых учитываются все факторы, могущие оказать влияние на уход в связи с ВИЧ, такие как насилие, депрессия и злоупотребление психоактивными веществами.
- Обращение внимание на тюрьмы в качестве контролируемого сообщества для изучения сочетанных состояний и внедрения ухода.
- Анализ приверженности среди лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, или страдающих серьезными психическими расстройствами.
- Изучение приверженности при всех типах потребления наркотиков; анализ негативного влияния каждого из типов.
- Проведение исследований по изучению интеграции систем ухода и поведенческого лечения. Определение общих модулей (возбуждение, депрессия).
- Разработка теоретически обоснованного профиля и его испытание на раннюю приверженность. Обращение внимания на вопросы приверженности.
- Трансляционные исследования и имплементация.
- Обращение внимания на страны Восточной Европы и другие страны, особенно в контексте внедрения модели передачи полномочий по уходу (использование менее дорогостоящих систем ухода). Разработка новых моделей ухода, предусматривающих вовлечение сообществ, для внедрения в США.

## Дискуссионная группа №8: Уголовное правосудие: профилактика и лечение ВИЧ

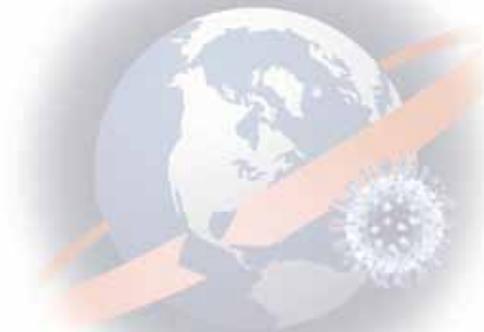
**Фасилитаторы:** д-р Редонна Чендлер; д-р Фредерик Элтис

### **Возможности для вмешательств**

- Программы на местах (места содержания под стражей, тюрьмы, пробация, условное освобождение, суд по делам о наркотиках, ювенальная юстиция и т.д.):
  - Соответствовать месту
  - Соответствовать людям
- Возвращение людей в систему здравоохранения:
  - Как обеспечить интеграцию?
- Первичная и вторичная профилактика
- Тестирование и диагностика ВИЧ/ЗППП
- Снижение рискованного поведения
- Доступ и продолжение ВААРТ
- Влияние системы уголовного правосудия на сообщества:
  - Социальные связи
  - Различия в состоянии здоровья среди представителей этнических меньшинств
- Переходные программы (индивидуальные, системные):
  - Фармакологическое лечение (опиаты, алкоголь, психические расстройства)
  - Поведенческие
  - Структурные
  - Особые группы (женщины, подростки и т.д.)
  - Методы планирования освобождения

### **Приоритетные направления исследований**

- Поиск наиболее оптимальной стратегии для тестирования на ВИЧ, ЗППП, ТБ и гепатит во всех учреждениях уголовно-исправительной системы:
  - Как и когда проводить тестирование на ВИЧ в учреждениях уголовно-исправительной системы?
- Оптимальная стратегия по обеспечению ВИЧ-положительных лиц устойчивым доступом к уходу (ВИЧ и ко-инфекции) внутри тюрем и в сообществах (в том числе сразу после освобождения):
  - Привязка к потребностям лица и условиям лечения.
- Разработка и внедрение научно-обоснованных программ в уголовно-исправительной системе для ВИЧ-инфицированных и лиц, находящихся под риском инфицирования.
- Глобальная проблема: связь между эпидемией ВИЧ внутри этнических меньшинств и их участие в деятельности уголовно-исправительной системы.





# Приложение Б: Программа консультативной встречи

---

## Консультативная встреча NIDA/IAS «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков: глобальная перспектива»

Гостиница «Mayflower Hotel»  
Вашингтон, Округ Колумбия  
11 – 12 января 2010 г.

### ПРОГРАММА

День 1 – понедельник, 11 января 2010 г.

8:15 – 8:25

#### Приветствие

Д-р Нора Д. Волков  
*Директор  
Национальный институт наркологии (NIDA)*  
Д-р Хулио Монтанер  
*Президент  
Международное общество по СПИДу (IAS)*

8:25 – 8:30

#### Представление сопредседателей встречи

Д-р Нора Д. Волков  
*NIDA*

8:30 – 8:45

#### Цели встречи и представление членов президиума

Сопредседатели встречи:  
Д-р Чарльз О'Брайен  
*Университет Пенсильвании*  
Д-р Хулио Монтанер  
*Центр Британской Колумбии по совершенствованию лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа*

8:45 – 11:15

#### Открытие встречи

Д-р Нора Д. Волков  
*NIDA*  
Посол Эрик Гусби  
*Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом*



Джеффри Кроули  
*Управление национальной политики по СПИДу*

Д-р А. Томас Маклеллан  
*Управление национальной политики по контролю над наркотиками*

Д-р Кевин Фентон  
*Центры по контролю и профилактике заболеваний США*

Д-р Джек Уайтскарвер  
*Центр исследований в сфере СПИДа*

Д-р Энтони Фаучи  
*Национальный институт аллергологии и инфекционных заболеваний*

Д-р Кэтрин Хэнкинс  
*Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу*

11:15 – 11:30

### **Перерыв**

11:30 – 12:00

### **Эпидемиологическая связь между злоупотреблением наркотиками и ВИЧ: международная перспектива**

Д-р Крис Бейрер  
*Центр общественного здравоохранения и прав человека Джона Хопкинса*

12:00 – 12:30

Расширение охвата ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков высокоактивной антиретровирусной терапией для улучшения их здоровья и положительного воздействия на общественное здоровье

Д-р Хулио Монтанер  
*Центр Британской Колумбии по совершенствованию лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа*

12:30 – 12:45

### **Сложности, связанные с реализацией модели «искать, тестировать и лечить» среди потребителей наркотиков**

Д-р Нора Д. Волков  
*NIDA*

12:45 – 13:45

### **Рабочий обед (инструкции для работы в дискуссионных группах)**

13:45 – 14:15

### **Лечение зависимости как профилактика ВИЧ**

Д-р Чарльз О'Брайен  
*Университет Пенсильвании*

14:15 – 14:45

### **По пути к комплексному подходу к профилактике ВИЧ для людей, употребляющих наркотики**

Д-р Эван Вуд  
*Центр Британской Колумбии по совершенствованию лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа*

14:45 – 16:15

*Работа в дискуссионных группах*

### **I. Лечение наркотической зависимости как профилактика ВИЧ**

Д-р Дэвид Метцгер  
*Университет Пенсильвании*

Д-р Джеффри Самет  
*Бостонский университет*

## **II. APB терапия как профилактика ВИЧ: Искать, тестировать и лечить**

Д-р Дэвид Воль  
*Университет Северной Каролины*

Д-р Курт Бэквит  
*Брауновский университет*

## **III. Осуществление профилактики ВИЧ: интеграция и развертывание**

Д-р Джудит Ауэрбах  
*СПИД Фонд Сан-Франциско*

Д-р Ричард Волитски  
*Центры по контролю и предотвращению заболеваний США*

## **IV. Оптимизация моделей профилактики ВИЧ**

Д-р Венди Вексберг  
*RTI International*

Д-р Дон С. Де Жарле  
*Медицинский центр Beth Israel*

16:15 – 16:30

### **Перерыв**

16:30 – 17:15

### **Доклады дискуссионных групп и обсуждение**

17:15

### **Заккрытие первого дня**

## **День 2 – вторник, 12 января 2010 г.**

8:15 – 8:30

### **Резюме первого дня**

Сопредседатели

8:30 – 9:00

### **Лечение ВИЧ/СПИДа**

Д-р Рой М. Гулик  
*Медицинский колледж Вейла Корнелла*

9:00 – 9:30

### **Проблемы, связанные с приверженностью АРТ потребителей наркотиков**

Д-р Роберт Гросс  
*Университет Пенсильвании*

9:30 – 10:00

### **Ко-инфекции, сопутствующие состояния, взаимодействие препаратов**

Д-р Джеральд Фридланд  
*Школа медицины Йельского университета*

10:00 – 10:15

### **Перерыв**

10:15 – 11:15

### **Уязвимые группы**

### **Уголовное судопроизводство**

Д-р Джосайя Рич  
*Брауновский университет*

### **Секс-работники, МСМ, мобильные группы населения и меньшинства**

Д-р Стефани Стратди  
*Калифорнийский университет, Сан-Диего*



11:15 – 11:45	<b>Прикладные/операционные исследования</b> Д-р Брюс Шакман <i>Медицинский колледж Вейла Корнелла</i>
11:45 – 12:15	<b>Права человека</b> Д-р Даниэл Вольф <i>Институт Открытого Общества</i>
12:15 – 12:30	<b>Обед (забирается с собой в комнаты для дискуссионных групп)</b>
12:30 – 14:15	<b>Работа в дискуссионных группах</b>  <b>I. Лечение ВИЧ/СПИДа</b> Д-р Грегори Лукас <i>Школа медицины Университета Джона Хопкинса</i> Д-р Адиба Камарулзаман <i>Университет Малайзии</i>  <b>II. Сопутствующие заболевания и приверженность</b> Д-р Джеймс Соренсен <i>Калифорнийский университет, Сан-Франциско</i> Д-р Дэвид Томас <i>Блумбергская школа общественного здравоохранения Университета Джона Хопкинса</i>  <b>III. Права человека и уязвимые социальные группы</b> Д-р Селия Фишер <i>Университет Фордхэм</i> Д-р Скотт Бюррис <i>Темплский университет</i>  <b>IV. Уголовное судопроизводство: профилактика и лечение ВИЧ</b> Д-р Редонна Чендлер <i>NIDA</i> Д-р Фредерик Элтис <i>Йельский университет</i>
14:15 – 14:30	<b>Перерыв</b>
14:30 – 15:15	<b>Доклады дискуссионных групп и обсуждение</b>
15:15 – 15:30	<b>Подведение итогов</b> Сопредседатели
15:30	<b>Заккрытие</b>

# Приложение В: Список участников Консультативной встречи 2010 г.

---

## Консультативная встреча NIDA/IAS «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков: глобальная перспектива»

Гостиница «Mayflower Hotel»  
Вашингтон, Округ Колумбия  
11 – 12 января 2010 г.

### Список участников

#### **Джеффри Аллен, доктор медицины**

Руководитель  
Программы по здравоохранению  
Федеральное Бюро тюрем  
320 First Street NW  
Washington, DC 20534  
Тел. (раб.): (202) 353-4743  
Email: jd1allen@bop.gov

#### **Фредерик Элтис, доктор медицины, магистр философии**

Профессор медицины  
Медицина внутренних органов и СПИДа  
Школа медицины Йельского университета  
135 College Street, Suite 323  
New Haven, CT 06510  
Тел. (раб.): (203) 737-2883  
Email: paula.dellamura@yale.edu

#### **Джудит Ауэрбах, доктор философии**

Вице-президент  
Отдел науки и общественной политики  
СПИД Фонд Сан-Франциско  
995 Market Street, Suite 200  
San Francisco, CA 94103  
Тел. (раб.): (415) 487-3080  
Email: jauerbach@sfaf.org

#### **Рубан Бэйлер, доктор философии**

Исследователь-администратор  
Отдел научной политики  
Управление по научной политике и коммуникациям  
Национальный институт наркологии  
Национальные институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5421  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 594-6790  
Email: balerr@mail.nih.gov

#### **Жаклин Батарингая, доктор медицины**

Старший советник по вопросам политики  
Международное общество по СПИДу  
Avenue Louis-Casaii, 71  
Geneva, Switzerland  
Тел. (раб.): 41 22 710 08 01  
Email: Jacqueline.Bataringaya@iasociety.org

#### **Лула Битти, доктор философии**

Руководитель  
Отдел по особым группам населения  
Национальный институт наркологии  
Национальные институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 4216  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-0441  
Email: lbeatty@nida.nih.gov



**Курт Бэквит, доктор медицины**

Доцент медицины  
Отделение инфекционных заболеваний  
Больница Мириам  
Медицинский факультет Альперта  
Брауновский университет  
164 Summit Avenue  
Providence, RI 02906  
Тел. (раб.): (401) 793-4397  
Email: CBeckwith@Lifespan.org

**Крис Бейрер, доктор медицины, магистр  
здравоохранения**

Профессор эпидемиологии  
Блумбергская школа общественного здравоохранения  
Университета Джона Хопкинса  
615 N. Wolfe Street, E 7152  
Baltimore, MD 21205  
Тел. (раб.): (410) 614-5247  
Email: cbeyrer@jhsph.edu

**Роберт Бут, доктор философии**

Профессор  
Факультет психиатрии  
Университет Колорадо в Денвере  
1741 Vine Street  
Denver, CO 80206  
Тел. (раб.): (303) 315-0960  
Email: robert.booth@ucdenver.edu

**Лоренс Браун, мл., доктор медицины**

Исполнительный старший вице-президент  
Корпорация исследования и лечения зависимости  
22 Chapel Street  
Brooklyn, NY 11201  
Тел. (раб.): (718) 260-2917  
Email: Lbrown@artcny.org

**Жюли Брюно, доктор медицины, магистр  
естественных наук**

Доцент  
Больничный центр Монреальского Университета  
Монреальский Университет  
264 René-Lévesque Est  
Montréal, QC H2X 1P1  
Тел. (раб.): (514) 890-8000  
Email: julie.bruneau@umontreal.ca

**Рэчел Бардон, доктор медицины**

Старший технический сотрудник  
Уход и лечение  
Family Health International  
30 Nguyen Du, Hai Ba Trung  
Hanoi, Vietnam  
Тел. (раб.): (090) 341-3993  
Email: rachel@fhi.org.vn

**Дэвид Бёрнс, доктор философии**

Руководитель  
Отдел профилактических исследований  
Отделение СПИДа  
Национальный институт аллергологии и  
инфекционных заболеваний  
Национальные институты здравоохранения  
6700B Rockledge Drive, Room 5121  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 435-8896  
Email: burnsda@niaid.nih.gov

**Скотт Буррис, доктор права**

Профессор  
Юридический факультет им. Бизли  
Темплский университет  
1719 North Broad Street  
Philadelphia, PA 19122  
Email: scott.burris@temple.edu

**Патриция Каррьерри, доктор философских наук**

Эпидемиолог  
INSERM  
U912 - ORSPACA  
23 rue Stanislas Torrents  
13006 Marseilles, France  
Тел. (раб.): 33 4 91598900  
Email: pmcarrieri@aol.com

**Редонна Чендлер, доктор философии**

Руководитель отдела  
Отдел исследования услуг  
Отделение исследований в области эпидемиологии,  
услуг и профилактики  
Национальный институт наркологии  
Национальные институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5185  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-6504  
Email: brandin.dechabert@nih.gov

**Майрон (Майк) Коэн, доктор медицины**

Помощник вице-канцлера  
Кафедра инфекционных заболеваний  
Университет Северной Каролины в Чапел-Хилл  
130 Mason Farm Road  
Chapel Hill, NC 27517  
Тел. (раб.): (919) 966-2536  
Email: mscohen@med.unc.edu

**Грант Колфакс, доктор медицины**

Директор  
Профилактика и исследования ВИЧ  
Департамент здравоохранения Сан-Франциско  
25 Van Ness Avenue, Suite 500  
San Francisco, CA 94102  
Тел. (раб.): (415) 554-9173  
Email: grant.colfax@sfdph.org

**Уилсон Комптон, доктор медицины**

Директор  
Отдел исследований в области эпидемиологии, услуг  
и профилактики  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5158  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-6504  
Email: wcompton@nida.nih.gov

**Тимоти Кондон, доктор философии**

Заместитель директора  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5274  
Rockville, MD 20852  
Тел. (раб.): (301) 443-6487  
Email: lindendl@nida.nih.gov

**Джеффри Кроули, магистр здравоохранения**

Директор  
Управление национальной политики по СПИДу  
Белый дом  
Washington, DC 20502  
Тел. (раб.): (202) 456-4533  
Email: Jeffrey\_s.\_crowley@who.eop.gov

**Джоанн Шетэ, доктор философии**

Доцент  
Департамент здоровья семьи и населения  
Школа общественного здравоохранения имени  
Мэйлмана, Колумбийский университет  
60 Haven Avenue, B2  
New York, NY 10032  
Тел. (раб.): (212) 304-5278  
Email: jc1188@columbia.edu

**Катрин Давенни, магистр здравоохранения**

Помощник директора  
Программа исследований в области ВИЧ/СПИДа  
Директорат  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 4215  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-2146  
Email: kd25h@nih.gov

**Карлос дель Рио, доктор медицины**

Профессор и заведующий  
Кафедра глобального здравоохранения им. Хуберта,  
Школа общественного здравоохранения имени  
Роллинза  
Университет Эмори  
1518 Clifton Road NE, Room 754  
Atlanta, GA 30033  
Тел. (раб.): (404) 727-7112  
Email: cdelrio@emory.edu

**Дон С. Де Жарле, доктор философии**

Руководитель исследований  
Институт химической зависимости им. Барона Эдмона  
де Ротшильда  
Медицинский центр Beth Israel  
160 Water Street, Room 2462  
New York, NY 10038  
Тел. (раб.): (212) 256-2548  
Email: dcdesjarla@aol.com

**Сергей Дворяк, кандидат медицинских наук**

Директор  
Украинский институт исследований политики  
общественного здоровья  
91/14 Gorkiy Street, Apartment 5-6  
Kyiv, 03150 Ukraine  
Тел. (раб.): 38 044 529 6750  
Email: dvoryak@uiphp.org.ua



**Набила Эль-Бассель, доктор философии**

Профессор  
Колумбийский университет  
1255 Amsterdam Avenue, Office 814  
New York, NY 10027  
Тел. (раб.): (212) 851-2391  
Email: ne5@columbia.edu

**Линда Эриноф, доктор философии**

Помощник директора  
Программа исследований в области ВИЧ/СПИДа  
Директорат  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
Room 5274/MSC 9581  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 402-1972  
Email: le30q@nih.gov

**Энтони Фаучи, доктор медицины**

Директор  
Национальный институт алергологии и  
инфекционных заболеваний  
Национальные институты здравоохранения  
31 Center Drive  
MSC 2520/Room 7A03  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 496-2263  
Email: afauci@niaid.nih.gov

**Кевин Фентон, доктор медицины, доктор философии**

Директор  
Национальный центр по профилактике ВИЧ/СПИДа,  
вирусных гепатитов, ЗППП и туберкулеза  
Центры по контролю и профилактике заболеваний  
США  
1600 Clifton Road NE  
Mail Stop E07  
Atlanta, GA 30333  
Тел. (раб.): (404) 639-8000  
Email: kif2@cdc.gov

**Селия Фишер, доктор философии**

Директор  
Центр образования в сфере этики  
Университет Фордхэм  
441 East Fordham Road  
Dealy Hall  
Bronx, NY 10458  
Тел. (раб.): (718) 817-3793  
Email: fisher@fordham.edu

**Тимоти Фланиган, доктор медицины**

Директор  
Отделение инфекционных заболеваний  
Больница Мириам  
Медицинский факультет Альперта  
Брауновский университет  
164 Summit Avenue  
Providence, RI 02906  
Тел. (раб.): (401) 793-7152  
Email: tflanigan@lifespan.org

**Джозеф Фрачелла, доктор философии**

Директор  
Отделение клинической неврологии и поведенческих  
исследований  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
Bethesda, MD 20853  
Тел. (раб.): (301) 443-4877  
Email: jfrascel@nida.nih.gov

**Джеральд Фридланд, доктор медицины**

Профессор медицины и эпидемиологии  
Медицина внутренних органов и СПИДа  
Школа медицины Йельского университета  
Директор  
Программа по СПИДу в госпитале Нью-Хэйвен при  
Йельском университете  
135 College Street, Suite 323  
New Haven, CT 06510-2483  
Тел. (раб.): (203) 688-6959  
Email: gerald.friedland@yale.edu

**Вивиан Го, доктор философии, магистр здравоохранения**

Доцент  
Кафедра эпидемиологии  
Блумбергская школа общественного здравоохранения  
Университета Джона Хопкинса  
615 N. Wolfe Street, E6610  
Baltimore, MD 19095  
Тел. (раб.): (215) 572-5736  
Email: vgo@jhsph.edu

**Посол Эрик Гусби, доктор медицины**

Глобальный координатор по СПИДу США  
Чрезвычайный план Президента США для оказания  
помощи в связи со СПИДом  
Государственный департамент  
2201 C Street NW  
Washington, DC 20520  
Тел. (раб.): (202) 647-4000  
Email: goosbye@state.gov

**Кристофер М. Гордон, доктор философии**

Руководитель  
Отдел вторичной профилактики ВИЧ и  
трансляционных исследований  
Помощник директора по профилактике  
Национальный институт ментального здоровья  
Национальные институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 6212  
Bethesda, MD 20892-9619  
Тел.: (301) 443-1613  
Email: cgordon1@mail.nih.gov

**Уильям Грэйс, доктор философии**

Отдел поведенческих и социальных исследований  
Центр по исследованиям в области СПИДа  
Директорат  
Национальные институты здравоохранения  
5635 Fishers Lane  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 402-4149  
Email: wg15v@nih.gov

**Роберт Гросс, доктор медицины**

Доцент медицины и эпидемиологии  
Отделение инфекционных заболеваний  
Центр клинической эпидемиологии и биостатистики  
Университет Пенсильвании  
Медицинский факультет  
423 Guardian Drive, 804 Blockley Hall  
Philadelphia, PA 19104-6021  
Тел. (раб.): (215) 898-2437  
Email: grossr@mail.med.upenn.edu

**Рой Гулик, доктор медицины**

Профессор медицины  
Отделение инфекционных заболеваний  
Медицинский колледж Вейла Корнелла  
1300 York Avenue, Box 125  
New York, NY 10065  
Тел. (раб.): (212) 746-6320  
Email: rgulick@med.cornell.edu

**Стив Гаст, доктор философии**

Международная программа  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-6480  
Email: sgust@nih.gov

**Кэтрин Хэнкинс, доктор медицины, магистр  
естественных наук**

Ведущий научный советник  
Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу  
20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
Тел. (раб.): (079) 202-1845  
Email: hankisc@unhcr.org

**Питер Хартсок, доктор здравоохранения**

Старший научный сотрудник  
Отдел исследований в области эпидемиологии  
Отделение исследований в области эпидемиологии,  
услуг и профилактики  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5185  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 402-1964  
Email: ph45z@nih.gov

**Ронда Холлидэй, доктор философии**

Доцент  
Медицинская школа Морхаус  
1513 East Cleveland Avenue  
East Point, GA 30344  
Тел. (раб.): (404) 756-5042  
Email: rholliday@msm.edu

**Дэвид Холтгрэйв, доктор философии**

Профессор и заведующий кафедрой  
Кафедра здоровья, поведения и общества  
Блумбергская школа общественного здравоохранения  
Университета Джона Хопкинса  
624 North Broadway  
Baltimore, MD 21205  
Тел. (раб.): (410) 502-4076  
Email: dholtgrave@jhsph.edu

**Ричард Дженкинс, доктор философии**

Исследователь-администратор  
Отдел исследований в области профилактики  
Отделение исследований в области эпидемиологии,  
услуг и профилактики  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
MSC 9589, Room 5185  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-1923  
Email: jenkinsri@mail.nih.gov



**Дионн Джонс, доктор философии**

Заместитель руководителя отделом  
Отдел исследований в области услуг  
Отделение исследований в области эпидемиологии,  
услуг и профилактики  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5195  
Bethesda, MD 20893  
Тел. (раб.): (301) 443-6504  
Email: djones1@nida.nih.gov

**Шошана Кахана, доктор философии**

Отдел поведенческого и интегративного лечения  
Отделение клинической неврологии и поведенческих  
исследований  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 442-2261  
Email: kahanas@mail.nih.gov

**Адиба Камарулзаман, доктор медицины**

Профессор медицины и инфекционных заболеваний  
Медицинское отделение  
Центр наилучших практик в исследованиях СПИДа  
Университет Малайя  
Lembah Pantai  
Kuala Lumpur, Malaysia 59100  
Тел. (раб.): 603 79492129  
Email: deeba.kamarulzaman@gmail.com

**Томас Керр, доктор философии**

Директор  
Исследовательская инициатива здоровья в городах  
Центр Британской Колумбии по совершенствованию  
лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа  
608-1081 Burrard Street  
Vancouver, BC V6Z 1Y6 Canada  
Тел. (раб.): (604) 806-9116  
Email: uhri-tk@cfenet.ubc.ca

**Яг Халса, доктор философии**

Заведующий  
Отдел медицинских последствий  
Отделение фармакотерапии и медицинских  
последствий наркоманий  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 4137  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-2159  
Email: jk98p@nih.gov

**Грегори Керк, доктор медицины, доктор философии**

Доцент  
Кафедра эпидемиологии  
Блумбергская школа общественного здравоохранения  
университета Джона Хопкинса  
615 N. Wolfe Street  
Baltimore, MD 21205  
Тел. (раб.): (410) 502-2038  
Email: gkirk@jhsph.edu

**Андрей Козлов, доктор биологических наук**

Директор  
Биомедицинский центр  
Профессор  
Санкт-Петербургский Государственный Университет  
8, Vyborgskaja Street  
St.Petersburg, Russia 194044  
Тел. (раб.): +7 812-322-65-90  
Email: contact@biomed.spb.ru

**Томас Кресина, доктор философии**

Советник по вопросам здравоохранения  
Центр лечения наркоманий  
Отделение фармакологического лечения  
Администрация по наркомании и услугам в сфере  
ментального здоровья  
1 Choke Cherry Road,  
2nd Floor, Room 2-1075  
Rockville, Maryland 20850  
Тел. (раб.): (240) 276-2713  
Email: Thomas.Kresina@samsha.hhs.gov

**Евгений Крупицкий, доктор медицинских наук, профессор,**

Руководитель лаборатории клинической  
фармакологии аддиктивных состояний,  
Санкт-Петербургский государственный медицинский  
университет им. И.П. Павлова  
Руководитель отдела наркологии,  
Научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева  
Санкт-Петербург, Россия  
Email: kru@ek3506.spb.edu, krueator@gmail.com

**Элизабет Ламберт, магистр естественных наук**

Статистик  
Отдел исследований в области эпидемиологии  
Отделение исследований в области эпидемиологии,  
услуг и профилактики  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
Room 5147, MSC 9589  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 402-1933  
Email: elambert@nida.nih.gov

**Эми Лански, доктор философии**

Заместитель директора  
Отдел по профилактике ВИЧ/СПИДа  
Центры по контролю и профилактике заболеваний  
США  
1600 Clifton Road, MS D-21  
Atlanta, GA 30333  
Тел. (раб.): (404) 639-8663  
Email: alansky@cdc.gov

**Диана Лоренс, доктор философии**

Помощник директора  
Программа исследований в области ВИЧ/СПИДа  
Директорат  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
MSC 9581/Room 4224  
Bethesda, MD 20832  
Тел. (раб.): (301) 594-3225  
Email: lawrencedi@nida.nih.gov

**Джефф Левайн**

Пресс-атташе  
Отдел по общественной информации и связям с  
общественностью  
Управление по научной политике и коммуникациям  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5221  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 594-6146  
Email: levinejb@nida.nih.gov

**Акива Либерман, доктор философии**

Старший программный сотрудник  
Отдел исследований в области услуг  
Отделение исследований в области эпидемиологии,  
услуг и профилактики  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5185  
Bethesda, MD 20892-9589  
Тел. (раб.): (301) 402-0808  
Email: libermana@nida.nih.gov

**Вивьен Диас Лима, доктор философии**

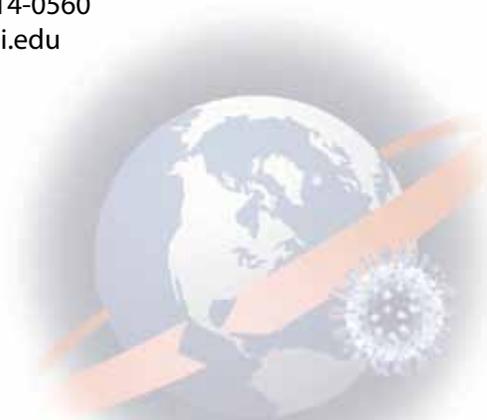
Старший статистик  
Программа по лечению ВИЧ/СПИДа  
Центр Британской Колумбии по совершенствованию  
лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа  
1081 Burrard Street, Room 608  
Vancouver, BC, V6Z 1Y6  
Тел. (раб.): (604) 806-8796  
Email: vlima@cfenet.ubc.ca

**Роберт Лубран, магистр естественных наук,  
магистр общественного управления**

Директор  
Центр лечения наркоманий  
Отделение фармакологического лечения  
Администрация по наркомании и услугам в сфере  
ментального здоровья  
1 Choke Cherry Road  
2nd Floor, Room 2-1075  
Rockville, Maryland 20850  
Тел. (раб.): (240) 276-2714  
Email: Robert.lubran@samhsa.hhs.gov

**Грегори Лукас, доктор медицины, доктор  
философии**

Доцент  
Центр глобального здравоохранения им. Джона  
Хопкинса  
Университет Джона Хопкинса  
1830 E. Monument Street, Room 435A  
Baltimore, MD 21287  
Тел. (раб.): (410) 614-0560  
Email: glucas@jhmi.edu



**Рауль Мэндлер, доктор медицины**

Старший врач  
Центр клинических исследований  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 435-0645  
Email: mandlerr@mail.nih.gov

**Тимоти Мastro, доктор медицины**

Вице-президент  
Family Health International  
2224 East North Carolina Hwy 54  
Durham, NC 27713  
Тел. (раб.): (919) 450-5358  
Email: tmastro@fhi.org

**А. Томас Маклеллан, доктор философии**

Заместитель директора  
Управление национальной политики по контролю над  
наркотиками  
Белый дом  
750 17th Street NW  
Washington, DC 20503  
Тел. (раб.): (202) 395-6627  
Email: vwoodberry@ondcp.eop.gov

**Лиза Метш, доктор философии**

Профессор  
Факультет эпидемиологии и общественного  
здравоохранения  
Университет Майами  
Медицинская школа Миллера  
1120 NW 14th Street, Suite 917  
Miami, FL 33136  
Тел. (раб.): (305) 243-3471  
Email: lmetsch@med.miami.edu

**Дэвид Метцгер, доктор философии**

Директор  
Исследования в сфере профилактики ВИЧ  
Факультет психиатрии  
Университет Пенсильвании  
3535 Market Street, Suite 4001  
Philadelphia, PA 19104  
Тел. (раб.): (215) 746-7346  
Email: dsm@mail.med.upenn.edu

**Грег Миллет, магистр здравоохранения**

Старший советник по вопросам политики  
Управление национальной политики по СПИДу  
Белый дом  
Washington, DC 20502  
Тел. (раб.): (202) 456-4533  
Email: gmillett@who.eop.gov

**Хулио Монтанер, доктор медицины**

Президент  
Международное общество по СПИДу  
Директор  
Центр Британской Колумбии по совершенствованию  
лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа  
1081 Burrard Street, Room 667  
Vancouver, BC, V6Z 1Y6  
Тел. (раб.): (604)806-8036  
Email: jmontaner@cfenet.ubc.ca

**Эмма Мерфи**

Центр по исследованиям в области СПИДа  
Директорат  
Национальные институты здравоохранения  
5635 Fishers Lane  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (310) 443-7520  
Email: murphyee@od.nih.gov

**Ричард Нидл, доктор философии**

Старший советник по вопросам здравоохранения  
Чрезвычайный план Президента США для оказания  
помощи в связи со СПИДом  
Государственный департамент  
2100 Pennsylvania Avenue NW  
Washington, DC 20037  
Тел. (раб.): (703) 627-5448  
Email: needlerh@state.gov

**Жак Норман, доктор философии**

Директор  
Программа исследований в области ВИЧ/СПИДа  
Директорат  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5274  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-1470  
Email: jnormand@mail.nih.gov

**Чарльз О'Брайен, доктор медицины, доктор философии**

Профессор психиатрии  
Факультет психиатрии  
Центр по исследованию вопросов лечения при  
Университете Пенсильвании  
3900 Chestnut Street  
Philadelphia, PA 19104-6178  
Тел. (раб.): (215) 222-3200  
Email: obrien@mail.trc.upenn.edu

**Лиза Онкен, доктор философии**

Руководитель отдела  
Отдел поведенческого и интегративного лечения  
Отделение клинической неврологии и поведенческих  
исследований  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, 3172  
Bethesda, MD 20850  
Тел. (раб.): (301) 443-2235  
Email: Lisa\_Onken@nih.gov

**Чарльз Парри, доктор философии**

Директор  
Отдел по исследованиям в области алкогольной и  
наркотической зависимостей  
Южно-африканский совет медицинских исследований  
PO Box 19070  
7505 Tygerberg, South Africa  
Тел. (раб.): 27 21 938-0419  
Email: cparry@mrc.ac.za

**Мари-Капучине Пенико**

Сотрудник по программам и инициативам  
Международное общество по СПИДу  
Avenue Louis-Casaii, 71  
P.O. Box 28  
CH – 1216 Cointrin  
Geneva, Switzerland  
Тел. (раб.): 41 0 22-7 100 815  
Email: mpe@iasociety.org

**Кимберли А. Пауэрс**

Факультет эпидемиологии  
Университет Северной Каролины в Чапел-Хилл  
CB 7435  
Chapel Hill, NC 27599-7435  
Тел. (раб.): (505) 660-4318  
Email: powersk@email.unc.edu

**Сасирага Присцила Редди, доктор философии**

Директор  
Отдел по исследованиям и разработке программ по  
продвижению здоровья  
Южно-африканский совет медицинских исследований  
PO Box 19070  
7505 Tygerberg, South Africa  
Тел. (раб.): 27 21 938-0453  
Email: priscilla.reddy@mrc.ac.za

**Джосайя Рич, доктор медицины, магистр здравоохранения**

Профессор медицины и здравоохранения в  
сообществах  
Больница Мириам  
Медицинский факультет Альперта  
Брауновский университет  
164 Summit Avenue  
Providence, RI 02906  
Тел. (раб.): (401) 793-4770  
Email: jrich@lifespan.org

**Джеффри Самет, доктор медицины**

Профессор медицины  
Руководитель  
Общая медицина внутренних органов  
Медицинский факультет Бостонского университета  
801 Massachusetts Avenue  
Crosstown 2  
Boston, MA 02118  
Тел. (раб.): (617) 414-7288  
Email: jsamet@bu.edu

**Брюс Шакман, доктор философии**

Руководитель  
Отделение политики в сфере здравоохранения  
Доцент  
Факультет здравоохранения  
Медицинский колледж Вейла Корнелла  
402 East 67th Street  
New York, NY 10065  
Тел. (раб.): (646) 962-8043  
Email: brs2006@med.cornell.edu



**Кейт Шеннон, доктор философии**

Исследователь  
Центр Британской Колумбии по совершенствованию  
лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа  
Старший преподаватель  
Медицинский факультет  
Отдел ВИЧ/СПИДа  
Университет Британской Колумбии  
608-1081 Burrard Street  
Vancouver, BC V6Z1Y6  
Тел. (раб.): (604) 806-9459  
Email: kshannon@cfenet.ubc.ca

**Джеймс Соренсен, доктор философии**

Профессор  
Факультет психиатрии  
Калифорнийский университет, Сан-Франциско  
SFGH 1001 Potrero Avenue  
Building 29, Suite 2100, Room 2117  
San Francisco, CA 94110  
Тел. (раб.): (415) 206-3969  
Email: james.sorensen@ucsf.edu

**Энн Сполдинг, доктор медицины**

Старший преподаватель  
Факультет эпидемиологии  
Школа общественного здравоохранения имени  
Роллинза  
Университет Эмори  
1518 Oak Grove Drive  
Decatur, GA 30033  
Тел. (раб.): (404) 727-3369  
Email: ASpauld@emory.edu

**Рон Столл, доктор философии**

Профессор и руководитель  
Факультет поведенческих исследований и  
исследований в области здравоохранения в  
сообществах  
Высшая школа общественного здравоохранения  
Питсбургский университет  
130 DeSoto Street  
208 Parran Hall  
Pittsburgh, PA 15261  
Тел. (раб.): (412) 624-7933  
Email: rstall@pitt.edu

**Стефани Стратди, доктор философии**

Помощник декана  
Исследования в области глобального  
здравоохранения  
Профессор  
Заведующая  
Кафедра глобального здравоохранения

Школа медицины  
Калифорнийский университет, Сан-Диего  
10111 N. Torrey Pines Road  
La Jolla, CA 92093-0507  
Тел. (раб.): (858) 822-1952  
Email: sstrathdee@ucsd.edu

**Бетти Тай, доктор философии**

Директор  
Центр клинических исследований  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-2397  
Email: btai@nih.gov

**Дэвид Томас, доктор медицины, магистр  
здравоохранения**

Профессор медицины  
Директор  
Отделение инфекционных заболеваний  
Школа медицины  
Университет Джона Хопкинса  
1830 East Monument Street, 4th Floor  
Baltimore, MD 21205  
Email: dthomas@jhmi.edu

**Авелардо Валдес, доктор философии**

Профессор и директор  
Центр исследований в области наркотиков и  
социальной политики  
Хьюстонский университет  
110 HA Social Work Building  
Houston, TX 77204  
Тел. (раб.): (713) 743-8098  
Email: avaldez2@uh.edu

**Нора Д. Волков, доктор медицины**

Директор  
Национальный институт наркологии Национальные  
институты здравоохранения  
6001 Executive Boulevard, Room 5274  
Bethesda, MD 20892  
Тел. (раб.): (301) 443-6480  
Email: sschloss@nida.nih.gov

**Рой А. Уокер**

Старший программный сотрудник  
Synergy Enterprises, Inc.  
8757 Georgia Avenue, Suite 1440  
Silver Spring, MD 20910  
Тел. (раб.): (240) 485-1700, ext. 124  
Email: rwalker@seiservices.com

**Венди Вексберг, доктор философии**

Старший директор  
Оценка и разработка программ по лечению наркоманий  
RTI International  
3040 Cornwallis Drive  
Durham, NC 27709-2194  
Тел. (раб.): (919) 541-6422  
Email: wmw@rti.org

**Джек Уайтскарвер, доктор философии**

Директор  
Центр по исследованиям в области СПИДа  
Директорат  
Национальные институты здравоохранения  
5635 Fishers Lane, MSC 9310  
Bethesda, Maryland 20892-9310  
Тел. (раб.): (301) 496-0357  
Email: jackw@nih.gov

**Дэвид Воль, доктор медицины**

Клинический старший преподаватель медицины  
Кафедра инфекционных заболеваний  
Медицинский факультет  
Университет Северной Каролины в Чапел-Хилл  
130 Mason Farm Road  
2111 Bioinformatics Building  
Chapel Hill, NC 27599  
Тел. (раб.): (919) 843-2723  
Email: wohl@med.unc.edu

**Даниэл Вольф, магистр здравоохранения**

Директор  
Международная программа развития снижения вреда  
Институт Открытое Общество  
400 W. 59th Street  
New York, NY 10019  
Тел. (раб.): (212) 548-0195  
Email: dwolfe@sorosny.org

**Ричард Волитски, доктор философии**

Заместитель директора  
Отделение по профилактике ВИЧ/СПИДа  
Центры по контролю и профилактике заболеваний  
США  
8 Corporate Boulevard  
Atlanta, GA 30329  
Тел. (раб.): (404) 639-5200  
Email: RWolitski@cdc.gov

**Джон Вонг, доктор медицины**

Профессор медицины  
Руководитель  
Отделение по принятию клинических решений,  
информатике и телемедицине  
Медицинский центр Тафта  
800 Washington Street, Suite 302  
Boston, MA 02111  
Тел. (раб.): (617) 636-5695  
Email: jwong@tuftsmedicalcenter.org

**Эван Вуд, доктор медицины, доктор философии**

Доцент  
Исследовательская инициатива здоровья в городах  
Центр Британской Колумбии по совершенствованию  
лучших практик в сфере ВИЧ/СПИДа  
608 - 1081 Burrard Street  
Vancouver, BC V6Z 1Y6  
Тел. (раб.): (604) 682-2344  
Email: uhri-ew@cfenet.ubc.ca

**Джордж Вуди, доктор медицины**

Профессор психиатрии  
Институт исследования в области лечения  
Университет Пенсильвании  
150 South Independence Mall West  
Suite 600  
Philadelphia, PA 19106  
Тел. (раб.): (215) 399-0980  
Email: woody@tresearch.org

**Фуджи Зян, доктор медицины**

Директор  
Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом  
Национальный центр по контролю и профилактике  
СПИДа и ЗППП  
Центр по контролю и профилактике заболеваний  
Китая  
27 Nan Wei Road  
Beijing, 1000500  
P.R. China  
Тел. (раб.): 8610-63039086  
Email: zhang.fuji.t@gmail.com



**Шерил Зверски**

И.о. директора

Программа профилактики

Отделение СПИДа

Национальный институт аллергологии и  
инфекционных заболеваний

Национальные институты здравоохранения

6700B Rockledge Drive, Room 5116

Bethesda, MD 20892

Тел. (раб.): (301) 402-4032

Email: [szwerski@niaid.nih.gov](mailto:szwerski@niaid.nih.gov)



